

Behandelingsbehoefte van
Heroïenafhanklikes
met spesiale verwysing na
SANRA Kliniek, Witbank

deur

Hester Catharina Opperman

BEHANDELINGSBEHOEFTE VAN HEROÏENAFHANKLIKES MET SPESIALE
VERWYSING NA SANRA KLINIEK, WITBANK

deur

HESTER CATHARINA OPPERMAN

voorgelê ter gedeeltelike vervulling van die vereistes vir die graad

MAGISTER ARTIUM IN DIE SOSIALE WETENSKAPPE (GEESTESGESONDHEID)

aan die

UNIVERSITEIT VAN SUID-AFRIKA

STUDIELEIER: PROF W F VAN DELFT

JUNIE 2006

VERKLARING

Ek verklaar dat **Behandelingsbehoefte van heroïenafhanklikes met spesiale verwysing na SANRA Kliniek, Witbank**, my eie werk is en dat al die bronne wat ek geraadpleeg het aangedui en erken is by wyse van volledige verwysings.

24 Maart 2006

H C Opperman

Datum

ERKENNING

Eerstens, baie dankie, my Hemelse Vader, vir U onbeskryflike genade wat U aan my bewys het gedurende hierdie studieproses.

Baie dankie aan Prof W van Delft, my studieleier vir u ondersteuning, geduld en die tye wat u beskikbaar was om leiding te gee.

‘n Baie spesiale dankie aan my man Gert, wat letterlik ure saam met my spandeer het met hierdie navorsingstudie. Dankie dat jy altyd bereid was om te luister en te help, en lang tye alleen moes regkom. ‘n Verdere dankie aan my kinders – Gert (Jnr) en Tharina - dat julle my die kans gegun het en jammer vir al die tye wat julle sonder my moes klaarkom.

Dankie aan my ouers, skoonouers, familie en vriendinne (Amanda, Riska, Cariena en Rika) vir julle hulp en ondersteuning - dit was van onskatbare waarde. Verder wil ek net Jan en Elna Kleinsmith asook Rika van den Berg bedank vir hulle harde werk met die finale afronding.

Laastens wil ek SANRA Witbank se personeel en pasiënte asook al die ander SANRA Klinieke bedank vir julle bydraes. Sonder julle hulp sou hierdie studie nie moontlik gewees het nie.

OPSOMMING

Die motivering vir die navorsingstudie was 'n toename wat beleef is in behandelingsaanvraag vir heroïenafhanklikes te SANRA (Suid-Afrikaanse Nasionale Raad insake Alkohol en Dwelmmisbruik), Witbank. SANRA Witbank wou seker maak dat die effektiëste buitepatiëntdiens gelewer kan word.

Navorsingsdoelwitte behels om:

- 'n Literatuurstudie te doen oor buitepatiëntbehandelingsprogramme.
- Behoeftes wat heroïenafhanklikes het met betrekking tot buitepatiëntbehandeling te assesseer.
- Aanbevelings te maak met betrekking tot buitepatiëntbehandelingsprogramme vir heroïenafhanklikes.

Dit was 'n verkennende navorsingsontwerp met die data-insamelingsmetodes wat kwalitatief en kwantitatief van aard was. Onderhoudskedules is as navorsingsmeetinstrumente gebruik. Onderhoudskedule B is deur die navorser voltooi met betrekking tot heroïenafhanklikes wat SANRA Witbank besoek het vir die tydperk 31 Januarie 2005 tot 4 Februarie 2005. Onderhoudskedule A is telefonies met personeellede van SANRA buitepatiëntklinieke bespreek en voltooi.

Die gevolgtrekking is dat SANRA Witbank se behandelingsprogram in lyn is met wat gebied word in die res van die dwelmafhanklikheidsveld, en minimale aanbevelings is gemaak.

SUMMARY

The motivation for this study is the increase of treatment needs of heroin dependents at SANCA, (South African National Council of Alcohol and Drug Abuse) Witbank. SANCA Witbank wants to ensure that the most effective treatment can be supplied.

Research goals are to:

- Do a literature study of out-patient treatment programmes.
- Assess the needs of heroin out-patient dependents with regard to out-patient treatment programmes.
- Make recommendations with regard to out-patient treatment programmes for heroin dependents.

It was an exploratory research subject and the data collection methods were qualitative and quantitative. Interview schedules were used as research tools. Schedule B was completed by the researcher with heroin dependents that visited SANCA Witbank for the period 31 January 2005 to 4 February 2005. Schedule A was completed by the researcher with personnel of SANCA out-patient clinics and the questions were discussed and completed telephonically.

The conclusion is that the treatment programme of SANCA Witbank is in line with the rest of the drug dependent field and only minimal recommendations were made.

Key terms:

Heroin; Treatment needs; Dependency; Out-patient treatment; In-patient treatment; Effects of heroin use; Patterns found in heroin dependency; Maslow's theory; Treatment modalities; Principles of effective treatment.

INHOUDSOPGAWE

Bladsy

HOOFSTUK 1: ALGEMENE ORIËNTASIE

Inleiding	1
1. Formulering van die probleem	1
2. Motivering vir die navorsing en navorsingsvrae	4
3. Doelstelling en doelwitte van die studie	5
3.1 Doelstelling	5
3.2 Doelwitte	5
4. Aanname	6
5. Navorsingsontwerp	6
5.1 Riglyne vir die ondersoek	7
5.2 Navorsingsproses	7
5.3 Navorsingsmetode	8
5.4 Steekproefneming	8
5.4.1 Pasiënte	8
5.4.2 Ander SANRA klinieke	9
6. Bespreking van terme	9
6.1 Afhanklikheid	9
6.2 Substansies	10
7. Aanbieding van inhoud	10

HOOFSTUK 2: HEROÏEN AS DWELMMIDDEL EN DIE BEHOEFTE VAN HEROÏEN-AFHANKLIKES

Inleiding	11
1. Wat is heroïen?	11
1.1 Metodes van gebruik	12
1.2 Effekte/uitwerking van heroïengebruik	12
1.3 Onttrekkingsimptome	14
2. Patrone wat waargeneem word by heroïenafhanklikes	15
2.1 Algemene patrone van heroïenafhanklikes	15
2.2 Gesinsdinamiek	16
2.3 Multi-generasie verslawing	17
3. Behoeftes van heroïenafhanklikes	18
3.1 Fisiologiese of oorlewingsbehoefte	21
3.2 Behoeftes aan veiligheid en sekuriteit	22
3.3 Behoefte aan sosiale geborgenheid en liefde	22
3.4 Behoefte aan selfagting	22
3.5 Behoefte aan selfverwesenliking	23
4. Die probleme en behoeftes van heroïenafhanklikes soos gevind in 'n buitepasiëntbehandelingsprogram in Gauteng	23

HOOFSTUK 3: BUIITE- EN BINNEPASIËNTBEHANDELINGSPROGRAMME – ‘N ALGEMENE ORIËNTASIE

Inleiding	26
1. Die doel en doelwitte van behandeling in die algemeen	26
2. Algemene faktore met betrekking tot behandelingsprogramme wat in aanmerking geneem kan word	27
2.1 Die invloed van die tydperk van behandeling	27
2.2 Die behandelingsintensiteit en omgewing kan ook ‘n invloed hê op die effektiwiteit van behandeling	29
3. Bespreking van binnepasiënt (residensiële) behandeling	30
3.1 Voordele en nadele verbonde aan residensiële behandeling	31
4. Bespreking van buitepasiëntbehandeling	31
4.1 Voor en nadele van buitepasiëntbehandeling	32
5. Vlakke van behandeling soos gestel deur die American Society of Addiction Medicine (ASAM)	34
6. SANRA Witbank se behandelingsprogram	35

HOOFSTUK 4: ALGEMENE BEGINSELS VIR EFFEKTIEWE BEHANDELING EN BEHANDELINGSMODALITEITE VIR HEROÏENAFHANKLIKES

Inleiding	38
1. Algemene bevindinge ten opsigte van behandeling	38
2. Beginsels vir effektiewe behandeling	39
3. Algemene inligting ten opsigte van behandeling	44
4. Modaliteite van dwelmbehandeling	45
4.1 Detoksifikasie	46
4.2 Metadooninstandhoudingprogramme	46
4.3 Buitepasiëntmedikasie (substansie) – vrye behandelingsprogramme	46
4.4 Intensiewe buitepasiëntprogramme	47
4.5 Terapeutiese gemeenskappe	47
4.6 Chemiese afhanklikheidsprogramme	48
5. Effektiwiteit van die verskillende behandelingsmodaliteite	48

HOOFSTUK 5: NAVORSINGSMETODE

Inleiding	50
1. Motivering vir die navorsingstudie en aanname	50
2. Data-insamelingsmetode wat gebruik is	51
3. Steekproefneming	51
3.1 Steekproef van heroïenafhanklikes (n = 7)	51
3.2 Die SANRA buitepatiëntklinieke steekproef (n = 10)	52
3.3 Beperkinge van die steekproefneming	52
4. Die onderhoudskedules	53
4.1 Semi-gestruktureerde, een-tot-een onderhoude met die heroïenafhanklikes (n = 7) Addendum B en die toepassing daarvan	54
4.2 Onderhoudskedule met SANRA buitepatiëntpersoneel (n = 10) Addendum A en die toepassing daarvan	55
4.3 Swak en sterk punte van 'n een-tot-een onderhoud	55

HOOFSTUK 6: EMPIRIESE BEVINDINGE

Inleiding	57
1. Bespreking van die bevindinge van die onderhoudskedule	57
1.1 Profiel van die respondente van die buitepatiëntklinieke	57
1.2 Die response van die respondente (personeel buitepatiëntklinieke) oor buitepatiëntbehandeling en die behandelingsprogramme	59
2. Behandelingsprogramme	60
2.1 Individuele sessies	61
2.2 Groepsessies	61
3. Die behoeftes van heroïenafhanklikes soos ervaar deur personeel (respondente) van SANRA buitepatiëntklinieke	61
4. Bespreking van die sewe (7) heroïenafhanklike respondente en hulle behoeftes	63
Opsomming	75

HOOFSTUK 7: GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

Inleiding	77
1. Gevolgtrekkings	77
1.1 Literatuur wat te doen het met buitepatiëntbehandelingsprogramme in die algemeen	77
1.2 Die aard van behoeftes in buitepatiëntprogramme	80
2. Aanbevelings	82
BRONNELYS	84
ADDENDUM A: Onderhoudskedule A aan personeel betrokke by buitepatiëntklinieke	87
ADDENDUM B: Onderhoudskedule B aan heroïenafhanklikes wat in SANRA Witbank buitepatiëntklinik behandel word	90

LYS VAN TABELLE EN FIGURE

	Bladsy
Figuur 1.1	2
Tabel 1	3
Figuur 2.1	20
Figuur 6.1	58
Figuur 6.2	58
Figuur 6.3	59
Figuur 6.4	64
Figuur 6.5	65
Figuur 6.6	67

HOOFSTUK 1

ALGEMENE ORIËNTASIE

INLEIDING

In hierdie hoofstuk gaan die navorsingsprobleem, die motivering vir die navorsing en die navorsingsvrae, die doelstellings en die doelwitte van die studie, die aanname wat gemaak is, aangebied word. Die navorsingsontwerp word weergegee, terwyl bepaalde terme ook gedefinieer word.

1. FORMULERING VAN DIE PROBLEEM

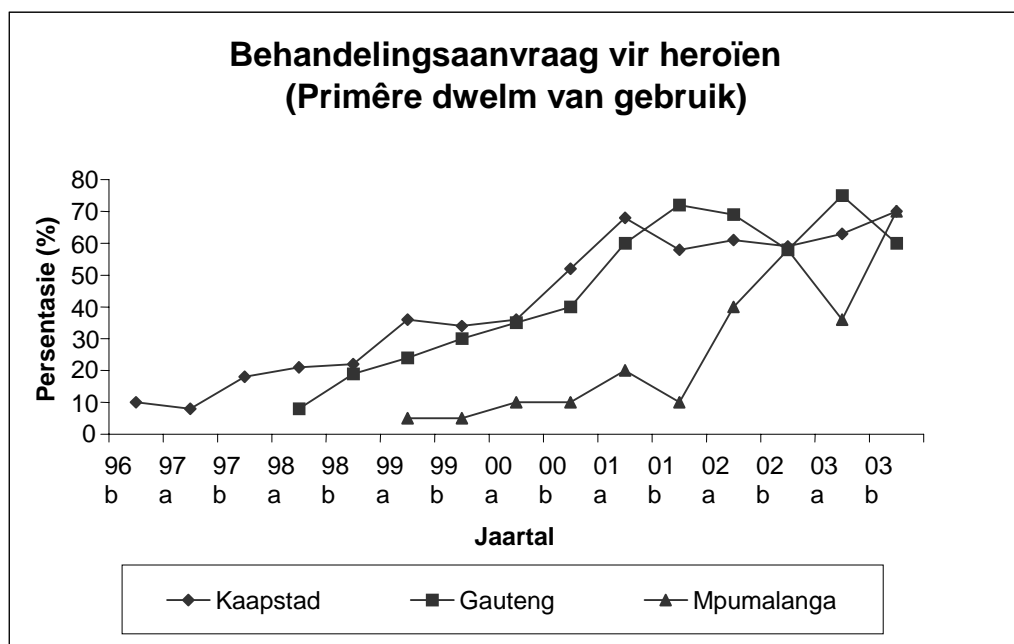
Gedurende die tydperk 2002 tot 2004 het 'n verhoogde getal heroïenafhanklikes die Witbank Alkohol- en Dwelmhulpsentrum ('n geaffilieerde organisasie van SANRA (Suid-Afrikaanse Nasionale Raad insake Alkohol en Dwelmmisbruik)), genader vir behandeling vir hulle afhanklikheidsprobleem. Die afhanklikes vra gewoonlik vir hulp maar voltooi nie die behandelingsprogram nie. Hulle woon soms twee tot drie sessies by en daag dan nie weer op vir verdere sessies nie. Daar ontstaan dan 'n patroon waar hulle na ongeveer ses maande weer sal opdaag en vir hulp vra.

15% van SANRA Witbank se gevalle bestaan uit pasiënte wat behandel word vir dwelmafhanklikheid (uitsluitende dagga) (Statistieke SANRA Witbank van Februarie 2005). Voor 2003 was dit slegs 6% gewees. Daar was vanaf Februarie 2002 tot Februarie 2005 'n 9% verhoging in behandelingsaanvraag vir dwelmafhanklikheid by SANRA Witbank (Statistieke SANRA Witbank van Februarie 2002 tot 2005).

As die bogenoemde gegewens met Plüddemann, Parry, Bhana, Harker, Potgieter en Gerber (2004:3) se statistieke vergelyk word, is daar 'n duidelike verhoging te bespeur in behandelingsaanvraag van spesifiek heroïenafhanklikes in die algemeen.

Volgens die statistiek van Plüddemann et al (2004:3), soos vervat in Figuur 1.1, vir die tydperk Julie 1996 tot Desember 2003, was daar 'n dramatiese styging vanaf <1% tot en met 7% vir die Mpumalanga Provinsie. Dit impliseer dat die behandelingsaanvraag dramaties gestyg het ten opsigte van heroïen as primêre dwelmafhanklikheid vir behandeling.

Heroïen as primêre dwelm van behandeling impliseer dat dit die voorkeurdwelm van gebruik is vir die afhanklikes wat aanmeld vir behandeling.



Figuur 1.1 Die Behandelingsaanvraag vir heroïen

Bron: Plüddemann et al (2004:3)

Hierdie dramatiese aanvraag word ondersteun deur die volgende syfers wat deur Parry, Plüddemann, Bhana, Harker, Potgieter en Gerber (2004:1) vrygestel is. Sien Tabel 1.

	Ouderdom	Kaapstad	Durban	PE	Gauteng	Mpumalanga
Alkohol	Alle	39	65	52	49	61
	<20	4	43	16	8	20
Cannabis	Alle	15	24	12	21	20
	<20	42	45	28	55	67
Methaq	Alle	24	4	26	10	<1
	<20	33	9	39	25	0
Kokaïene	Alle	8	4	2	7	2
	<20	5	2	0	2	0
Heroïen	Alle	7	1	0	6	7
	<20	7	2	0	4	6

Tabel 1. Primêre dwelmmisbruik (%) vir alle pasiënte sowel as vir pasiënte onder 20 jarige ouderdom.

Bron: Parry et al (2004:1)

Uit Tabel 1 is dit duidelik dat die behandelingsaanvraag van heroïenafhanklikes vir die Mpumalanga Provinsie derde op die lys, naas alkohol en dagga is.

Die verhoogde navraag na heroïenbehandeling noodsaak die navorser om te gaan kyk na wat gebied word ten opsigte van behandelingsprogramme en wat ander behandelingsinstansies op hierdie gebied doen. Ten einde die effektiëste program te kan ontwikkel vanuit 'n organisatoriese oogpunt, wil die kliniek seker maak dat dit in pas bly met wat gebeur in die res van die dwelmafhanklikheidsveld.

Vir agtergrondinligting word SANRA Witbank se huidige behandelingsprogram breedvoerig geskets.

Die kliniek bedryf 'n buitepasiëntprogram wat strek oor 'n periode van een jaar. Die program begin met 5 tot 8 individuele sessies wat weekliks of twee weekliks geskeduleer word, maar is aanpasbaar volgens die individuele behoefte. Individuele sessies kan regdeur die jaar volgens die behoefte van die pasiënt aangebied word. Die pasiënt ontvang ook mediese assessering en monitering deur opgeleide verplegingspersoneel. As dit nodig blyk te wees vir detoksifikasie in die hospitaal, word dit gereël deur die verpleegpersoneel en die pasiënt se dokter.

Daar is ook 'n eenmalige vyfdag groepbehandelingsprogram (pasiënte kom in vir 'n hele week vir groepsessies) sowel as 'n ondersteuningsgroep een maal per week wat deurlopend is vir die jaar. Vir die pasiënte wat die individuele sowel as die groepsessies voltooi het, is daar 'n nasorggroep waarby hulle een maal per week kan inskakel. Geen medikasie word deur die kliniek verskaf nie en die pasiënt ontvang 'n aanbevelingsvoorskrif wat hy/sy vir hulle huisdokter of staatskliniek gee sodat hy/sy die korrekte mediese behandeling vir sy/haar afhanklikheidsprobleem kan ontvang.

Die personeel bestaan uit vier maatskaplike werkers en drie verpleegpersoneellede asook een hulpmaatskaplike werker wat saamwerk in spanverband in die aktiewe behandeling van die pasiënte. Daar is ook noue samewerking tussen SANRA en die mediese praktisyns en kerke in die gemeenskap.

2. MOTIVERING VIR DIE NAVORSING EN NAVORSINGSVRAE

Die toename in die vraag na behandeling by Witbank (sien 1) vir heroïenafhanklikheid het gedien as motivering vir die navorsing. Die rede hiervoor is dat as 'n kliniek, wil SANRA seker maak dat die effektiëste buitepasiëntdiens moontlik gelewer kan word. Voortspruitend uit die probleemformulering het die navorser die volgende navorsingsvrae ontwikkel:

- Wat is die behoefte van 'n heroïenpasiënt wat tans inskakel in 'n buitepasiëntbehandelingsprogram en hoe kan die dienste moontlik aangepas word om te verseker dat die pasiënt se behoeftes aangespreek kan word?
- Wat is die redes waarom heroïenafhanklikes 'n buitepasiëntbehandelingsprogram gekies het as behandelingsopsie?

Aan die einde van die studie word die nodige aanbevelings met betrekking tot die buitepasiëntbehandelingsprogram gemaak.

3. DOELSTELLING EN DOELWITTE VAN DIE STUDIE

3.1 Doelstelling

Die doelstelling van hierdie navorsingstudie is om moontlike riglyne te ontwikkel vir 'n behandelingsprogram vir heroïenafhanklikes wat SANRA Witbank nader vir dienste.

3.2 Doelwitte

Ten einde die gestelde doelstelling te bereik is gepoog om die volgende doelwitte deur middel van die onderhawige studie verwesenlik:

- Die doen van 'n literatuurstudie oor buitepasiëntbehandelingsprogramme.
- Die assessering van behoeftes wat die heroïenafhanklike pasiënt het met betrekking tot buitepasiëntbehandeling.
- Die maak van aanbevelings met betrekking tot 'n buitepasiëntbehandelingsprogram vir heroïenafhanklikes.

4. AANNAME

As gevolg van die verkennende aard van hierdie navorsing word geen hipoteses gemaak nie. Slegs 'n aanname word gestel naamlik: "Dat buitepatiëntbehandeling van heroïenafhanklikes suksesvol kan wees as daar aan bepaalde riglyne en behoeftes beantwoord kan word".

5. NAVORSINGSONTWERP

Die navorser het 'n verkennende navorsingsontwerp vir die doel van hierdie navorsingstudie gekies (Rubin & Babbie, 1993:107). Daar is egter nie baie inligting rondom buitepatiëntbehandeling vir heroïenafhanklikes beskikbaar nie.

Volgens Babbie (1989:80) verskaf verkennende navorsing die geleentheid vir die navorser om bekend te raak met 'n sekere onderwerp, veral as dit 'n nuwe belangstelling is of wanneer dit 'n nuwe studieveld is. Alhoewel heroïenafhanklikheid 'n bekende studieveld is, is dit vir die navorser 'n nuwe belangstelling as gevolg van die toename in behandelingsaanvraag by die kliniek, sodat die effektiëste buitepatiëntdiens moontlik gelewer kan word.

Verder noem Babbie (1989:80-81) dat: "Exploratory studies are most typically done for three purposes:

- (1) To satisfy the researcher's curiosity and desire for better understanding;
- (2) To test the feasibility of undertaking a more careful study;
- (3) To develop the methods to be employed in a more careful study".

Oor die algemeen is dit die siening in die afhanklikheidsveld dat daar aanbeveel word dat heroïenafhanklikes op binnepasiëntbasis behandel moet word. Daar is tans 'n aanvraag vir die behandeling van heroïenafhanklikes op 'n buitepatiëntbehandelingsbasis en SANRA, as 'n organisasie, kan nie die behoefte en aanvraag na dié diens ignoreer nie.

Die meeste inligting sowel as bronne fokus meer op die mediese behandeling van die heroïenafhanklike en nie soseer op die nie-mediese aspekte van die behandelingsprogram nie.

5.1 Riglyne vir die ondersoek

Die volgende riglyne is gebruik om die ondersoek op so 'n wyse te struktureer dat relevante inligting verkry kon word.

Inligtingsbronne het bestaan uit:

- Gepubliseerde literatuur oor verslawing/afhanklikheid, behandelingsprobleme en buitepatiëntbehandeling.
- Persoonlike telefoniese gesprekke met ander SANRA buitepatiëntklinieke in Suid-Afrika.
- Persoonlike gesprekke met heroïenasiënte van SANRA Witbank buitepatiënt-kliniek.

5.2 Navorsingsproses

Die navorser het die volgende stappe ingesluit in die navorsingsproses:

- 'n Omvattende literatuurstudie is gedoen en daar is ondersoek ingestel na -
 - heroïenafhanklikheid;
 - buitepatiëntbehandelingsprogramme;
 - assessering;
 - behoeftes van afhanklikes en teorie oor behoeftes.
- Die navorser het toestemming van die Direkteur van SANRA (Witbank) verkry om die teikenpopulasie te betrek.
- Statistiek is verkry van SACENDU en SANRA Witbank.

- Die navorser het persoonlik die onderhoude gevoer met 7 beskikbare heroïenafhanklikes wat die kliniek besoek.
- Die inligting wat verkry is uit bogenoemde inligting is in tabelle uiteengesit. Die data is geëvalueer en ontleed, waarna afleidings en gevolgtrekkings gemaak is.
- Na dataverwerking is aanbevelings gemaak.

5.3 Navorsingsmetode

Die data-insamelingsmetode wat in hierdie navorsing gebruik is, is van 'n kwalitatiewe en kwantitatiewe aard (Rubin & Babbie, 1997:372). Vanuit die literatuurstudie is onderhoudskedules opgestel vir deelnemende pasiënte (sien onderhoudskedule B) en SANRA buitepasiëntklinieke (onderhoudskedule A).

5.4 Steekproefneming

5.4.1 Pasiënte

Die steekproef het bestaan uit al die SANRA Witbank heroïenpasiënte wat gedurende 31 Januarie 2005 tot 4 Februarie 2005 die kliniek besoek het. Dit was 'n nie-waarskynlikheidsteekproef gewees, met spesifieke verwysing na 'n gerieflikheid/beskikbaarheidsteekproef sodat die heroïenafhanklikes wat beskikbaar was, almal genader kon word vir die onderhoud. Uit 'n potensiële 15 heroïenafhanklikes (populasie) wat die kliniek gedurende 'n week kan besoek, was daar slegs 7 respondente wat aan die steekproef deelgeneem het. Daar was dus 'n steekproefpersentasie van 47% gewees.

5.4.2 Ander SANRA klinieke

Dit was 'n nie-waarskynlikheidsteekproef gewees, met spesifieke verwysing na 'n gerieflikheid/beskikbaarheidsteekproef. Die buitepatiëntklinieke van SANRA is genader om die onderhoudskedule te voltooi. Slegs die klinieke se personeel, wat beskikbaar was vir telefoniese onderhoude op 'n bepaalde dag, was gebruik vir hierdie studie.

10 klinieke se respondente was deel van die steekproef uit 'n populasie van 34 buitepatiëntklinieke van SANRA. Die steekproefpersentasie was dus 29%.

6. BESPREKING VAN TERME

6.1 Afhanklikheid

Daar bestaan 'n verskeidenheid van verklarings vir die term afhanklikheid. Navorsers verkies die verklaring van Edwards et al in Gossop (2003:45) wat dit soos volg omskryf: "... dependence should be regarded a syndrome in which the use of a particular drug, or even a wide range of drugs, assumes a much higher priority than other behaviour that once had a higher value.

Dependence occurs as part of a wider pattern of behaviour in which not all the components of the dependence syndrome need be present, nor always at the same intensity. Among the various cognitive behavioural and physiological effects that are said to make up the dependence syndrome, are the following:

- A feeling of compulsion to take drugs;
- A desire to stop taking drugs;
- A relatively stereotyped pattern of drug taking;

- Signs of neuroadaption (tolerance and withdrawal symptoms);
- The salience of drug taking behaviour relative to other priorities and the tendency to return to drug taking soon after a period of abstinence.”

6.2 Substansies

Substansies is chemiese middels soos alkohol, dwelms en kos. Vir die doel van hierdie studie sal “substansie” hoofsaaklik verwys na heroïen en soms na ander dwelms, afhangende van die konteks waarin dit gebruik word. Dit word interafhanklik gebruik met die term dwelmmisbruik (Friedman et al 1996:3).

Dwelms verwys na ‘n meer spesifieke kategorie van substansies wat ‘n effek het op die brein en liggaam (Friedman et al 1996:3).

7. AANBIEDING VAN INHOUD

Hierdie verhandeling bestaan uit 7 hoofstukke:

- | | |
|-------------|--|
| Hoofstuk 1: | Algemene oriëntasie. |
| Hoofstuk 2: | Heroïen as dwelmmiddel en die behoeftes van heroïenafhanklikes. |
| Hoofstuk 3: | Buite- en binnepasiëntbehandelingsprogramme: ‘n Algemene oriëntasie. |
| Hoofstuk 4: | Algemene beginsels van effektiewe behandeling en behandelingsmodaliteite vir heroïenafhanklikes. |
| Hoofstuk 5: | Navorsingsmetode. |
| Hoofstuk 6: | Empiriese bevindinge. |
| Hoofstuk 7: | Gevolgtrekkings en aanbevelings. |

HOOFSTUK 2

HEROÏEN AS DWELMMIDDEL EN DIE BEHOEFTE VAN HEROÏENAFHANKLIKES

INLEIDING

In hierdie hoofstuk word daar gekyk na heroïen as afhanklikheidsmiddel in terme van:

- Die aard van die middel.
- Patrone waargeneem by heroïenafhanklikes.
- Behoeftes van heroïenafhanklikes.
- Probleme en behoeftes van heroïenafhanklikes ingeskakel by 'n spesifieke buitepatiënt-behandelingsprogram.

Bogenoemde faktore het 'n invloed op die opstel van 'n behandelingsprogram vir heroïenafhanklikes.

1. WAT IS HEROÏEN?

Die opiate (heroïen, morfien, kodeïene, metadoon en petidine) word verkry van die Opiumpapawer - *Papaver somniferum* - wat 'n wit sap verskaf wat 'n natuurlike opiaat alkaloïede is. Hierdie alkaloïede word onttrek om heroïen en morfien te vervaardig (Teesson, Degenhardt en Hall, 2002:91).

Volgens Fourie (2001:56) in die SERVAMUS-tydskrif is heroïen (Diacetylmorphine/Diamorphine) deel van die opiategroep.

Op straat het heroïen verskillende name, byvoorbeeld:

- Brown Sugar.
- H.
- Junk.
- Smack.
- Horse.
- Dope.
- Dragon.
- Thai White.

Suiwer heroïen kom voor in die vorm van 'n wit poeier, of in 'n korreltjievorm wat lyk soos katsand. Dit het 'n bitter smaak en is reukloos (verouderde heroïen kan na asyn begin ruik). Die kleur kan wissel van wit na donkerbruin, afhangend van die hoeveelheid onsuiverheid wat agtergebly het tydens die verwerkingsproses (Fourie 2001:56).

1.1 Metodes van gebruik

Heroïen kan gerook, gesnuif, ingespuut ("spike", "mineline") en ingeasem (wat as "chasing the dragon" bekend staan as dit warm gemaak word op tinfolie en die rook dan inasem) word.

Onder die afhanklikes wat aanmeld by SANRA-kliniek gebruik die oorgrote meerderheid die rook en inasemmetode. Insput en snuif kom wel van tyd tot tyd voor. Dit word ook saam met ander dwelms soos marijuana en kokaïen gebruik.

1.2 Effekte/uitwerking van heroïengebruik

Dit word omskryf as 'n narkotikamiddel wat geklassifiseer word as 'n sentrale senuweedepressant. Dit verlig pyn en hoër dosisse onderdruk die asemhalingstelsel (met ander woorde hulle haal stadiger asem).

Die volgende effekte en simptome van heroïengebruik word beskryf (Health Matters www.abc.net.au (2003) en 'n pamflet wat deur die Centre for Alcohol and Drug Studies gepubliseer is):

- 'n Intense gevoel van euforie en warmte word ervaar.
 Heroïen werk op die limbiese gedeelte van die brein, wat 'n persoon se emosies beheer. Die gebruik van heroïen verhoog die gevoel van plesier. Dit blokkeer ook pynboodskappe wat deur die spinale koord oorgedra word. In die artikel "Beyond the ABC's: Opioids (2002:2)" stel hulle die positiewe ervaring van heroïengebruik as volg: "When the drug is injected into a vein, the user feels a surge of pleasure, a rush lasting 30 to 60 seconds. A state of gratification follows, with the absence of hunger, pain, and sexual urges." Die gevoel van gratifikasie is so oorweldigend dat die negatiewe gevolge van die dwelm nie saak maak nie.
- Binne 'n paar minute na gebruik volg 'n paar ure slaperigheid en traagheid.
- Gedurende hierdie tyd kan 'n persoon se bewussynsvlakke fluktureer - ooglede mag "droop"/sak, toemaak, oopmaak en dus die kenmerkende "nod" (die kopknikbeweging) doen.
- Hulle spraak kan selfs aangetas wees met die gevolg dat hulle stadiger praat.
- Sweet en 'n jeuk/brandsensasie kan ook voorkom.
- Liggaamstemperatuur verlaag.
- Hulle kan ook probleme hê met opelyf en urinering byvoorbeeld hardlywigheid.
- Naarheid, eetlusvermindering en vomering kan ook voorkom.
- Gewigsverlies kan oor 'n tydperk opmerklik wees.

- Die vertraging van hulle asemhaling is opmerklik, as gevolg van die onderdrukte asemhalingstelsel.
- By vroulike gebruikers is daar 'n steurnis in hulle menstruele siklus en kan die siklusse ongereeld voorkom.
- Die gebruik van heroïen lei ook tot 'n verlaging van libido/seksdrang by die gebruiker.
- 'n Verdere kenmerk word gesien in die "pin point" effek, waar hulle pupille so klein dat dit net 'n klein swart spikkeltjie is.

Omdat opiate, soos heroïen, ingespuut kan word, kan dit tot die oordrag van siektes soos HIV en Hepatitis B en C lei.

Verder noem Teesson et al (2002:99) dat die afhanklikheidsmoontlikheid aan heroïen van die hoogste is naas nikotien en beklemtoon hulle die ernstigheid daarvan soos volg: "Heroin dependence, is one of the most serious types of drug dependence in terms of its persistence, its mortality rate, and the substantial psychological and physical morbidity experienced by heroin-dependent persons".

1.3 Onttrekkingsimptome

Onttrekkingsimptome ontstaan wanneer, na herhaalde gebruik, die inname van heroïen gestop word. Heroïen is dan nie meer in die liggaam teenwoordig nie. Dit gebeur gewoonlik 8 tot 12 ure na gebruik en bereik 'n hoogtepunt tussen 36 tot 72 ure na die laaste gebruik van heroïen.

Onttrekkingsimptome verminder 7 tot 10 dae na die staking van heroïengebruik. Dood as gevolg van onttrekking kom nie algemeen voor nie maar dit kan lewensgevaarlik wees.

Onttrekkingsimptome kan soos volg daar uitsien:

- Geïrriteerdheid.
- Angs.
- Spierpyne/krampe (selfs 'n onwilligekeurige skopbeweging kan voorkom).
- Buikpyne.
- Bewing en die uitslaan van "goose flesh" (hoendervleis) (wat bekend staan as "cold turkey").
- Naarheid.
- Diarree.
- Uitermatige sweet.
- 'n Gesnuif.
- Niesserigheid.
- 'n Algemene lamheid.
- Slaaploosheid (die simptoom waaroor meeste pasiënte kla).

Daar bestaan ook die risiko van oordosering wat kan lei tot die dood. Die persoon verloor sy bewussyn, asemhaling stop en hy/sy word blou. As hy/sy nie na 3 tot 5 minute begin om asem te haal nie, ontstaan daar onherstelbare breinskade en die dood kan intree.

2. PATRONE WAT WAARGENEEM WORD BY HEROÏENAFHANKLIKES

2.1 Algemene patrone van heroïenafhanklikes

In die literatuur is dit duidelik dat daar 'n verband is tussen die misbruik van opiate en kriminele gedrag. Heroïengebruik (opiate) veroorsaak nie kriminele gedrag nie maar kan daartoe lei dat kriminele gedrag kan voorkom, byvoorbeeld om die finansies in die hande te kry om die afhanklikheid te onderhou (Friedman et al 1996:193).

Die behoefte na dwelms en onttrekkingsimptome kan daartoe lei dat gedrag soos prostitusie, diefstal, geweldsmisdaad en ander onwettige aktiwiteite kan plaasvind - net om die fondse te verkry om die afhanklikheid in stand te hou. Die afhanklike streef dus slegs na een soort sekuriteit en dit is die sekuriteit van 'n konstante toegang tot die dwelmmiddel.

Die heroïenafhanklike sal betrokke raak in sosiale- en gemeenskapsverhoudinge wat net sal lei tot 'n voordeel vir hulle dwelmafhanklikheid; die risiko's daaraan verbonde word nie in ag geneem nie.

Volgens Farrar et al (1992:86) wil dit voorkom asof opiaatgebruikers eers aan 'n onderliggende depressie gelei het voordat hulle 'n dwelmafhanklikheid ontwikkel het.

2.2 Gesinsdinamiek

Gesinne kan gesien word as ineengestrenge, gedistansieerd of gesond. Farrar et al (1992:86) is van mening dat daar unieke gesinspatrone voorkom by substansiegebruikers en afhanklikes. Die patroon wat waargeneem word in die meeste gevalle van dwelmafhanklikes is dat hulle vaders as onbetrokke, passief en onvoldoende rolmodelle beskryf word, terwyl die moeder baie ineengestrenge kan wees met die dwelmafhanklike.

Oor die algemeen vertoon substansiegebruikers se gesin dus 'n sterk neiging tot ineengestrengeheid. Dit beteken dat die ouer nie maklik losmaak van hulle kind nie en vasklou aan die kind. Die ouer sal enige vorm van misbruik akkommodeer, insluitend dwelmmisbruik om die ineengestrengeheid in stand te hou. Daar word soms 'n intense ineengestrengeheid tussen 'n ouer en kind van die

teenoorgestelde geslag gesien. Die familieboodskap wat oorgedra word is "Ons sal op enige manier swaar kry, maar moet ons asseblief nie verlaat nie." (Farrar et al 1992:86).

Hierdie ineengestremde tipe gesinsisteem voed die dwelmafhanklike soms verby sy adolessente jare. Ter staving van hierdie punt haal Farrar et al (1992:86) Stanton en Todd aan wat sê dat 64% van heroïenafhanklikes daaglik met hulle ouers in telefoniese kontak was. Met multi-dwelmgebruikers was 51% in daaglikse telefoniese kontak. Normaalweg is net 9% van volwassenes daaglik in kontak met hulle ouers.

In 'n navorsingsondersoek deur Stanton, Todd, Steier, Van Deusen, Marder, Rosoff, Seaman en Skibinski (1979:165) is daar gevind dat dwelmafhanklikes se gesinne rigied is en stereotipe patrone van interaksies het wat soms presenteer met waarneembare konflik. Daar is gewoonlik 'n dominante of sentrale moederfiguur teenoor die vader wat 'n perifere plek inneem. Die primêre interaksie is tussen die ma en die dwelmafhanklike.

Dit kan aanleiding daartoe gee dat gesinsterapie waarskynlik 'n behandelingsbehoefte is en 'n belangrike deel kan vorm in die behandelingsprogram. Sodoende kan die probleme of ongemak wat bestaan in die gesinverhoudinge aangespreek word.

2.3 Multi-generasie afhanklikheid

Daar word beweer dat die dwelmafhanklike nie gewoonlik die enigste afhanklike binne die gesin kan wees nie. As die familiegeskiedenis ondersoek word, kan daar dalk multi-generasieafhanklikheid voorkom. Die substansie van afhanklikheid kan verander van generasie tot generasie, maar die afhanklikheidsfaktor is teenwoordig.

Patrone van afhanklikheid soos dobbel, eetversteurings, kompulsiewe televisiekyk, ens. kan teenwoordig wees.

Hierdie tipe afhanklikheidspatrone binne die gesin kan dalk in ag geneem word in behandelingsprogramme (Farrar et al 1991:87).

3. BEHOEFTES VAN HEROÏENAFHANKLIKES

Die sielkundige, Abraham Maslow, het 'n teorie ontwikkel naamlik: Die hiërargie van behoeftes. Hy huldig die mening dat 'n groot deel van menslike funksionering aan die hand van behoeftebevrediging verduidelik kan word. Sien Figuur 2.1.

Hiervolgens is fisiese- en sekuriteitsbehoeftes die basis waarop meer gevorderde behoeftes (soos selfaktualisering) gebou word. Fisiese- en sekuriteitsbehoeftes word meer volledig onder punt 3.2 bespreek.

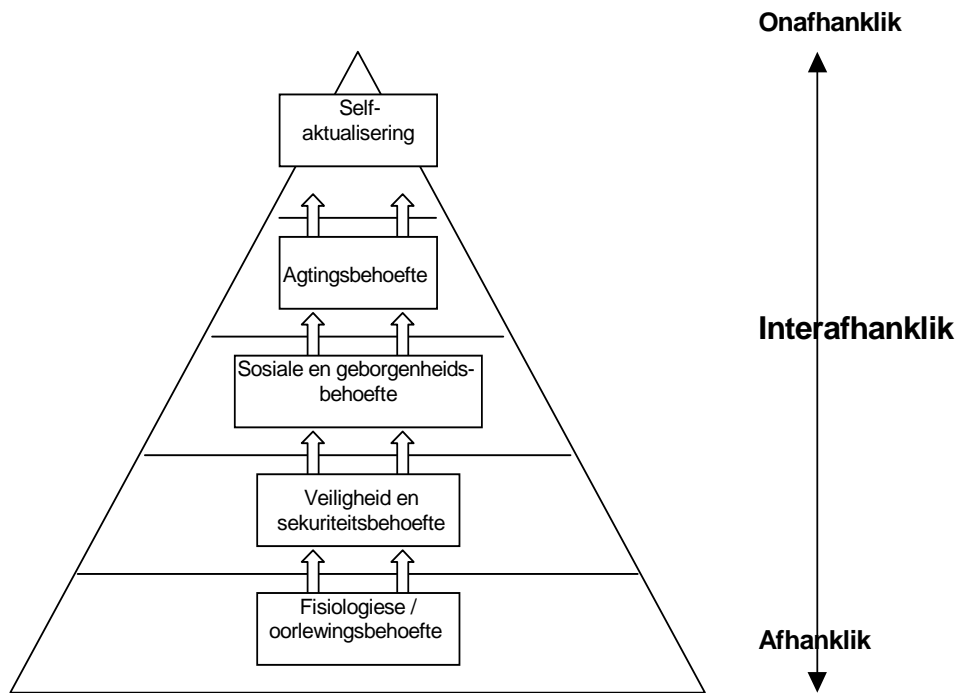
Graig (2004:127) verbind Maslow se teorie oor behoeftes deur van die term 'environmental manipulation' gebruik te maak. Graig (2004:127) sien 'environmental manipulation' as 'n aanvaarbare behandelingsmodaliteit vir dwelmafhanklikes. Graig (2004:127) noem dat "..., counsellors can intervene in the life of a substance abuser by arranging for environmental manipulation. A common example in the drug abusing community is arranging for a homeless patient to find food and shelter and, eventually, more stable housing. Sometimes patients can be motivated by a desire to quit substances but the problems of someone close to them distracts them from their primary objective. Unless this problem is addressed, patients will not be able to focus enough on themselves and treatment will be ineffective".

Example

“A 35 year-old heroin addict was scheduled to initiate an inpatient detoxification program, but his wife - also a user was a source of trouble for the patient's recovery. They were living on the street. He was too worried about how his wife would fare to enter treatment himself. The program's social worker arranged for them to receive public aid, temporary shelter, and emergency food stamps. The wife was helped to get on a methadone maintenance treatment program. Once his wife's basic physical needs were taken care of, the patient was able to enter treatment himself.”

As die dwelmafhanklike 'n basiese behoefte het aan voedsel en veiligheid, en dit word nie aangespreek in die behandelingsprogram nie, kan dit dalk 'n invloed hê op die effektiwiteit en uitkomst van die behandelingsprogram. Die afhanklike kan nie fokus op sy herstelproses nie, want hy het hierdie onvervulde basiese behoeftes wat keer dat hy nie by selfaktualisering kan uitkom nie.

As 'n heroïenafhanklike vasgevang is op die basiese oorlewingsvlak (die enigste oorheersende behoefte is om die dwelm te kry, wat veroorsaak dat hulle baie keer selfs nie kos, blyplek, klere ens. sal hê nie) as gevolg van sy dwelmgebruik, kan dit sy behoefte aan veiligheid, sosiale- en agtingsbehoefte so benadeel dat hierdie heroïen-afhanklike persoon nie by selfaktualisering kan uitkom nie. Daar kan nie 'n beweging wees vanaf 'n afhanklike lewensbestaan, dan interafhanklik en laastens onafhanklik nie. 'n Onafhanklike bestaan behels onafhanklikheid ten opsigte van dwelmgebruik asook op persoonlike en gemeenskapsvlak.



Figuur 2.1 Maslow se hiërargie van behoeftes

Bron: Van Delft (1991)

Volgens Meyer, Moore, Viljoen (1990:376) huldig Maslow 'n optimistiese siening van die mens waar hy erkenning gee aan die feit dat 'n persoon funksioneer as 'n geïntegreerde geheel, die mens 'n positiewe aard en waardigheid het asook 'n aktiewe wil tot groei. Selfaktualisering is die basiese motief wat alle funksionering onderlê.

Volgens Carl Rogers, soos aangehaal in Du Toit, Grobler & Schenck (1998:14), is behoeftes ook 'n motiveerder tot gedrag en skakel dit in by Maslow se teorie - "Behaviour is basically the goal-directed attempt of the organism to satisfy its needs as experienced in the field as perceived". Gedrag word dus geassosieer met behoeftes. 'n Persoon se behoeftes is 'n motiveerder vir gedrag. Behoeftes motiveer alle gedrag, dit maak nie saak hoe bisar die gedrag kan voorkom nie, dit het 'n goeie motief of rede ten opsigte van behoeftebevrediging.

Die teorie van selfaktualisering dra by tot 'n behandelingsprogram waar die afhanklike die geleentheid kry om te kan groei en ontplooi/ontwikkel. Die terapeut kan in 'n terapeutiese sessie die atmosfeer skep waarin die persoon (afhanklike) se basiese behoeftes aan veiligheid, liefde en selfrespek vervul kan word. Maslow is egter ook van mening dat die persoon self 'n rol speel in die vind van verskillende maniere waarop sy behoeftes bevredig kan word. Die terapeut se rol is dus een waar die persoon gehelp word om bewus te word van sy/haar behoeftes en die tekortkominge daarvan (Meyer et al 1990:390).

Die rede waarom daar in die navorsingstudie gefokus word op Maslow se hiërargie van behoeftes, is omdat die teorie erken dat daar verskillende behoeftes is en ook dat daar verskillende vlakke van behoeftes is wat die identifisering van verskillende behoeftes makliker maak.

Die vlakke van die hiërargie van behoeftes soos gestel deur Maslow en weergegee deur Van Delft (1991:43) is as volg:

3.1 Fisiologiese of oorlewingsbehoefte

Fisiologiese of oorlewingsbehoefte is basiese behoeftes wat 'n persoon nodig het om te oorleef. Dit het te doen met biologiese voortbestaan van die individu. Dit verwys na voedsel, suurstof, water, seks, verblyf en so meer. As dit nie bevredig word nie, oorheers dit alle ander behoeftes/motiewe.

Volgens Meyer et al (1990:378) is fisiologiese behoeftes gewoonlik homeostaties van aard en die vervulling daarvan kan lei tot die herstel van 'n balans binne die liggaam.

Die verliese wat heroïenafhanklikes ervaar kan as gevolg van hulle afhanklikheid daartoe lei dat hulle grootste behoefte kan wees om 'n blyplek, kos en hulle

dwelmmiddel te kry. Die teenoorgestelde kan ook wees dat die fisiese behoefte aan 'n dwelmmiddel so sterk raak, dat dit begin om 'n oorlewingsbehoefte te word. Die pasiënt voel nie dat dit meer so 'n prioriteit is om ander behoeftes soos selfaktualisering te probeer bevredig nie, en dit dus 'n leemte laat in hulle ontwikkeling.

3.2 Behoeftes aan veiligheid en sekuriteit

As oorlewingsbehoefte bevredig is, is daar 'n bewuswording van persoonlike veiligheid en beskerming van eiendom. Dit sluit onder andere die behoefte aan ordelikheid, wette, grense, voorspelbaarheid en 'n gebrek aan vrees en angs in.

Meyer et al (1990:379) laat hulle soos volg hieroor uit: "Vryheid met 'n sekere mate van gebondenheid en nie algehele permissiwiteit nie, lyk dus na die ideale toestand vir die bevrediging van veiligheidsbehoefte. Selfs volwassenes verkies 'n mate van ordelikheid en voorspelbaarheid in hulle wêreld."

3.3 Behoefte aan sosiale geborgenheid en liefde

Hierdie behoeftes tree sterk op die voorgrond as die ander voorafgaande behoeftes bevredig of gedeeltelik bevredig is. Dit impliseer dat 'n persoon sy eie identiteit en menslikheid wil begin ervaar veral in 'n groepsverband soos in 'n sosiale omgewing. Dit sluit ook sy gesinsverband in.

3.4 Behoefte aan selfagting

Volgens Maslow beteken selfagting die gevoel van bevoegdheid en 'n gevoel van meesterskap oor lewensgebeure. Die mens ervaar dus 'n behoefte om positief oor homself te voel. Dit impliseer dat 'n persoon selfagting vir homself en ook vir ander wil hê. Hy wil dus goed voel oor homself en ander persone.

Wanneer die behoefte aan selfagting bevredig word, voel die persoon selfversekerd, bekwaam, sterk, nuttig en nodig in die wêreld. In teenstelling hiermee gee onvervulde selfagtingbehoefte aanleiding tot 'n gevoel van minderwaardigheid, swakheid en hulpeloosheid (Meyer et al 1990:380).

3.5 Behoefte aan selfverwesenliking

Selfverwesenliking verskil van selfagting in die sin dat dit 'n intense individualistiese ervaring is. Dit verwys na die begeerte om alles te wees waartoe 'n mens in staat is, dit wil sê om ten volle gebruik te maak van al jou vermoëns, talente en potensiaal. Die idee van selfaktualisering is opwindend omdat dit die persoon aanspoor om die beste in homself te ontdek en te verwesenlik en dus doelgerigte funksionering veronderstel (Meyer et al 1990:381).

Volgens Maslow se model word die hoër behoeftes eers bevredig as daar gedeeltelike bevrediging of 'n versekering van gereelde bevrediging teenwoordig is van die laer behoeftes.

Dit is belangrik om te merk dat mense nie dieselfde behoeftes ter gelyker tyd het nie. Behoeftes is ook in interaksie met mekaar.

4. DIE PROBLEME EN BEHOEFTE VAN HEROÏENAFHANKLIKES SOOS GEVIND IN 'N BUIEPASIËNTBEHANDELINGSPROGRAM IN GAUTENG

By die Pretoria Akademiese Hospitaal word 'n buitepasiëntbehandelingsprogram aangebied vir substansie-afhanklikes met die fokus op heroïenafhanklikes (De Beer 2004:76).

Volgens die programmeier ervaar die heroïenafhanklikes, wat die hospitaal besoek, probleme met die volgende:

- Motivering.
- Finansies.
- Ondersteuningsisteme.
- Kriminele oortredings.
- Groepsdruk.
- Behandelingsopname.
- Verslae wat aangestuur moet word.
- Onderhoude by die hospitaal.
- Komiteebeslissings.
- Tydsverloop.
- Klerasie.
- Privaatheid.
- Interaksie met ander dwelmgebruikers.

Fisiese behoeftes:

- Voedsel.
- Verblyf.

Emosionele behoeftes:

- Liefde.
- Ondersteuning.
- Begrip.
- Kommunikasie.
- Motivering.

Die bogenoemde aspekte word nie in die artikel bespreek nie en daar kan dus nie met sekerheid gesê word in watter konteks elke behoefte bedoel/verstaan moet word nie. Tog is dit duidelik dat dit probleme en behoeftes insluit wat deur die heroïenafhanklikes in die behandelingsprogram ervaar word. Daar is dus uiteenlopende behoeftes en probleme wat in hierdie buitepatiëntbehandelingsprogram ervaar word. Dit kan 'n aanduiding wees van die komplekse aard waarmee buitepatiëntbehandelingsprogramme gekonfronteer word in dienslewering.

Uit bogenoemde bespreking is dit duidelik dat heroïenafhanklikheid 'n dinamiese probleem is en daar moet gelet word op 'n verskeidenheid van fasette by die opstel van 'n behandelingsprogram.

Deur sover as moontlik alle behoeftes en probleme in ag te neem, kan dit as riglyne gebruik word by die beplanning en opstel van die behandelingsprogram. Daar is kennis oor bestaande behandelingsprogramme nodig. Dit sal verder in Hoofstuk 3 in diepte ondersoek word.

HOOFSTUK 3

BUITE- EN BINNEPASIËNTBEHANDELINGSPROGRAMME: 'N ALGEMENE ORIËNTASIE

INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die doel en doelwitte van behandelingsprogramme oor die algemeen bespreek. Verder word daar gekyk na algemene faktore wat in ag geneem kan word in behandeling, die verskil tussen binne- en buitepasiëntprogramme (insluitend voordele en nadele) asook verskillende vlakke van behandeling soos voorgestel deur American Society of Addiction Medicine (ASAM).

1. DIE DOEL EN DOELWITTE VAN BEHANDELING IN DIE ALGEMEEN

Die primêre doel van behandeling volgens Lewis (1994:60) is die uitskakeling van dwelmgebruik asook die vermindering van onwettige dwelmgebruik.

Verder noem Lewis (1994:60) ook sekondêre doelwitte van behandeling naamlik -

- die vermindering van kriminele aktiwiteite;
- verhoging in opleidingsvlakke en die verbetering van beroepsvaardighede;
- die instandhouding van 'n konsekwente werksituasie;
- bereiking van stabiele sosiale en gesinsverhoudinge;
- die ontwikkeling van hanterings-, sosiale- en kommunikasievaardighede;
- verbetering in fisiese en sielkundige gesondheid; en
- die vermindering of uitskakeling van risikogedrag van pasiënte met byvoorbeeld oordraagbare siektes en HIV.

Die oorkoepelende doel van behandeling volgens Gossop (2003:111) is om die afhanklike "skoon" te laat kom van sy dwelmafhanklikheid en hom/haar te weerhou van enige dwelmgebruik op 'n langtermynbasis.

Hy spesifiseer ook 'n reeks van behandelingsdoelwitte naamlik -

- weerhouding van alle dwelms;
- weerhouding van alle hoofprobleemdwelms (dit is dwelms wat deur die afhanklike beskou word as 'n probleem, byvoorbeeld hulle sal wil ophou heroïen gebruik maar voel om die gebruik van dagga voort te sit);
- vermindering van skadelike of risikogedrag wat geassosieer word met dwelmmisbruik byvoorbeeld die deel van inspuitnaalde;
- vermindering van sielkundige, sosiale en/of ander probleme wat direk toegeskryf kan word aan dwelmgebruik.

Die doel en doelwitte van behandeling het 'n invloed op die struktuur van die behandelingsprogram. Dit is 'n bepalende faktor as daar gekyk moet word na intervensies en wat in die behandelingsprogram geïnkorporeer moet word.

2. ALGEMENE FAKTORE MET BETREKKING TOT BEHANDELINGSPROGRAMME WAT IN AANMERKING GENEEM KAN WORD

Die volgende faktore en inligting word in aanmerking geneem as dit kom by die beplanning van behandelingsprogramme. Dit sal daartoe bydra om behandelingsprogramme meer realisties te beskou.

2.1 Die invloed van die tydperk van behandeling

Die pasiënte wat langer in 'n buitepasiëntprogram bly se behandelingsuitkomstes is beter as die pasiënte wat net 'n kort tydperk in 'n binne- en buitebehandelingsprogram bly.

In hierdie verband is in 'n studie van 21 000 pasiënte (enige afhanklikheid) bevind dat diegene wat langer behandeling ontvang het, groter verbetering getoon het as die korttermynpasiënte (Moos et al in Gossop (2003:222)). Dit is geldig vir binne- en buitepasiëntbehandelingsprogramme.

Ooreenkomstig die literatuur kan positiewe uitkomst op 'n buitepasiënt-behandelingsprogram eers gesien word nadat die pasiënt 3 tot 6 maande betrokke was by 'n program.

Pasiënte verlaat gewoonlik 'n behandelingsprogram vroeg in die behandeling.

Retensie (behoud) van pasiënte in 'n program kan gesien word as 'n gunstige passing tussen die pasiënt, terapeut, behandelingsintervensies en die omgewing (Gossop 2003:225).

Voortydige staking van die program deur 'n pasiënt kan 'n moontlike wanpassing (dit nie 'n geskikte passing tussen die pasiënt, terapeut en program is nie) aandui. Die pasiënt kan byvoorbeeld dink dat hy in die "verkeerde" behandelingsomgewing is, "verkeerde" terapeut het of dat die terapeut voorgeskrewe doelwitte/verwagtinge het wat nie inpas by die pasiënt se behoeftes/verwagtinge nie of wat die pasiënt nie wil aanvaar nie.

Pasiënte wat behandeling staak (uitval) en nie die behandelingsprogram voltooi nie, soek gewoonlik behandeling in 'n ander organisasie/behandelingsprogram (Gossop 2003:225).

Dit blyk dat die uitvalsyfer hoog is vir buitepatiëntbehandelingsprogramme volgens die 'Centre for Substance Abuse Treatment' in hul reeks "Treatment for alcohol and other drug abuse" (series 11:33). In 'n studie van 'n Londense buitepatiëntekliniek het een derde van die pasiënte nie opgedaag na die eerste sessie nie (Gossop 2003:233). Daar moet dus meer effektief gebruik gemaak word van die eerste sessie en veral op terapeutiese vlak, wat beteken dat reeds in die eerste sessie intervensies gebruik moet word wat 'n verskil kan maak in die pasiënte se lewe.

Gossop (2003:237) noem dat die suksessyfer van heroïendetoksifikasiebehandeling vir buitepatiënte nie altyd baie suksesvol is nie en dat die meeste opiaat (heroïen) afhanklikes nie daarin slaag om hulle detoksifikasie te voltooi nie. Verder dui hy aan dat slegs 17% van die pasiënte in detoksifikasie, wat in 'n Londense buitepatiëntekliniek behandel is, op korttermyn totale onthouding behaal het, in vergelyking met 81% wat binnepasiëntdetoksifikasie ontvang het. Die redes waarom die ander pasiënte nie die detoksifikasie voltooi het nie, is onbekend.

2.2 Die behandelingsintensiteit en omgewing kan ook 'n invloed hê op die effektiwiteit van behandeling

"Treatment consists of more than just clinical procedures and interventions. Treatment may also be influenced by other factors, including the programme's location, facilities, policies, services and the aggregate characteristics of the patients and staff." (Moos et al in Gossop 2003:233)

Die ligging en bereikbaarheid van die kliniek asook waaruit die behandelingsprogram bestaan, kan 'n invloed hê op die effektiwiteit van behandeling. Die houding van personeel kan ook 'n beduidende invloed hê op programeffektiwiteit.

Dit is belangrik om te noem dat, volgens McHellan et al in Gossop (2003:221), daar studies is wat bewys het dat die hoeveelheid behandelings verband hou met 'n verbetering in die afhanklike se behandelingsuitkomst. Die hoeveelheid kere wat 'n persoon behandeling ontvang het, lei nie noodwendig tot positiewe behandelingsuitkomst nie - veel eerder bepaal die aard van betrokkenheid by behandeling die uitkomst.

Dit beteken nie dat die hoeveelheid blootstelling of die aantal kere wat 'n persoon behandel is voldoende is vir verandering nie, maar dat 'n persoon se positiewe behandelingsuitkomst eerder gebaseer is op die pasiënt se tipe betrokkenheid by die behandelingsprogram. Die betrokkenheid by die behandelingsprogram is dus 'n beter aanduider van positiewe uitkomst as die hoeveelheid blootstelling aan behandeling of die aantal behandelings.

Pasiënte wat 'n dwelmmisbruikprobleem het en gespesialiseerde buitepasiënt geestesgesondheidsversorging ontvang het, het beter behandelingsuitkomst gehad as dié pasiënte wat dit nie gekry het nie (Gossop 2003:229).

3. BESPREKING VAN BINNEPASIËNT (RESIDENSIËLE) BEHANDELING

Binnepasiëntbehandeling behels opname van 'n pasiënt in 'n residensiële kliniek vir behandeling. Daar is duidelike beperkinge van die pasiënt se vryheid, en toegang deur die gesin, vriende en die gemeenskap word gemonitor.

Dit is belangrik dat die keuse tussen binne- en buitepasiëntbehandeling nie gesien moet word as 'n keuse tussen goeie en slegte behandelingsopsies nie. Dit moet eerder gesien word as 'n keuse tussen die behandelingsopsie wat die beste pas by die pasiënt se omstandighede en behoeftes.

3.1 Voordele en nadele verbonde aan residensiële behandeling

Die voordele verbonde aan die residensiële behandeling van dwelmafhanklikes is hoofsaaklik daarin geleë dat dit soos volg oor die algemeen 'n konteks vir behandelingsintervensies verskaf wat meer intensief kan wees (Gossop 2003:237):

- Dit kan 'n omgewing verskaf waar pasiënte die gepaste mediese en psigiatriese versorging ontvang.
- Daar is 'n hoër vlak van mediese supervisie en veiligheid vir pasiënte met psigiatriese behoeftes.
- Dit beter is vir pasiënte wat nie reageer op minder intensiewe intervensies nie.
- Daar is meer intensiewe mediese observasie, supervisie en beheer.
- Daar kan ook makliker verseker word dat onthouding werklik in stand gehou kan word tydens die behandelingsperiode.

Wat betref die nadele kan gesê word dat die beskermde omgewing egter ook 'n paradoksale effek kan hê. Die persoon wat in so 'n beskermde omgewing was en dan ontslaan word, sal dalk die behoefte na dwelms erger ervaar as wanneer hulle in hul gewone omgewing geleer het om moeilike situasies te hanteer.

'n Laaste moontlike nadeel is dat die residensiële behandeling relatief duur kan wees.

4. BESPREKING VAN BUIEPASIËNTBEHANDELING

Buitepasiëntbehandeling word omskryf as 'n modaliteit van behandeling waar die pasiënt nie opgeneem word in 'n residensiële omgewing nie maar bly in hulle huidige omgewing en ontvang nog steeds die nodige professionele dienste ten opsigte van sy/ haar rehabilitasie. Hulle kan nog steeds aangaan met hulle daaglikse take byvoorbeeld werk, skool, ens.

sonder enige hindernisse. Dit kan veral van hulp wees by pasiënte wat van heroïen afhanklik is en die afhanklikheid in die stadium is waar dit hulle werksituasie begin beïnvloed en hulle deur die werk verplig word om in te skakel by 'n program in 'n poging om hulle werk te behou.

4.1 Voordele en nadele van buitepasiëntbehandeling

Volgens Lewis et al (1994:27) verskil die tipe terapeutiese buitepasiëntdienste en -organisasie, en is daar positiewe aspekte (voordele) by buitepasiëntdienste betrokke. Die positiewe aspekte is die volgende:

- Eerstens laat buitepasiëntbehandeling toe dat daar 'n hoë graad van individualisering moontlik is. Buitepasiëntberaders probeer altyd om die program so te individualiseer (te maak pas by die unieke behoeftes wat die afhanklike ervaar) as wat prakties moontlik is. In realiteit is dit soms nie altyd moontlik om totale individualisering te bewerkstellig nie. In groepwerk moet elke lid se behandelingsbehoefte in ag geneem word. Buitepasiëntberading, in kontras met binnepasiëntprogramme, is gebaseer op die gedagte dat elke intervensie beplan kan word met die unieke behoeftes van die pasiënt wat geïdentifiseer is.
- Tweedens word die ontwikkeling van behandelingsgebaseerde planne gefokus op die lang- en korttermyn doelwitte van die behandelingsproses en die terapeut kan dan meer betrokke wees op 'n langtermynbasis en die groei en ontwikkeling van die behandelingsproses monitor. Die buitepasiëntberader kan oor 'n tydperk aan verskillende onderwerpe en temas werk wat op daardie stadium van toepassing is in die pasiënt se lewe. Op hierdie manier kan meer van die terapeutiese behoeftes aangespreek word.

- Derdens gee buitepatiëntbehandelingsprogramme die pasiënte geleentheid om nuwe gedrag in hulle algemene of daaglikse omgewing te toets en 'n nuwe/verskillende ervaring kan verkry word. Die buitepatiëntbehandelingsprogram maak makliker voorsiening vir verandering aan die behandelingsprogram, afhangende van hoe die pasiënt se ervaringswêreld verander.
- 'n Verdere voordeel is dat buitepatiëntbehandeling goedkoper kan wees as binnepatiëntbehandeling en die finansiële las van die substansie-afhanklike of familie nie so drasties verhoog nie.

Verder noem Lewis et al (1994:28) dat buitepatiëntbehandeling gesien moet word as die voorkeur modaliteit van behandeling, maar stel dit ook duidelik dat dit nie geskik is vir alle pasiënte nie. Hierdie navorsers meld ook dat die mees geskikste pasiënte vir buitepatiëntbehandeling diegene is wat -

- in staat is om onafhanklik te funksioneer op 'n dag-tot-dag basis;
- ondersteuningstelsels het vir 'n sober of dwelmvrye lewenstyl;
- medies stabiel is; en
- die vermoë en die motivering het om te probeer om hulself te weerhou van substansies, en 'n nuwe lewenstyl te ontwikkel.

Volgens die “Centre for Substance Abuse Treatment” in hul reeks “Treatment for alcohol and other drug abuse” (series 11:38) moet sekere faktore in ag geneem word by beoordeling rakende die geskiktheid van 'n pasiënt vir buitepatiëntbehandeling, naamlik die pasiënt se -

- motivering;
- ondersteuningstelsels;
- werksituasie;

- psigiatriese status; en
- behandelingsgeskiedenis.

Uit bogenoemde punte is dit duidelik dat buitepasiëntbehandelingsprogramme nie altyd geskik is vir pasiënte met psigiatriese probleme nie. Hulle benodig 'n intensiewe behandelingsprogram wat hulle psigiatriese probleme kan aanspreek.

Opsommend kan gesê word dat buite- en binnepasiëntbehandeling voorsien in die diverse behoeftes wat substansie-afhanklikes ervaar. Buitepasiëntbehandelingsprogramme is duidelik 'n volwaardige en erkende behandelingsopsie wat beskikbaar is vir die behandeling van substansie- afhanklikes.

5. VLAKE VAN BEHANDLEING SOOS GESTEL DEUR DIE AMERICAN SOCIETY OF ADDICTION MEDICINE (ASAM)

Volgens ASAM soos aangehaal deur Nagy (1994:6) is daar 4 vlakke van behandelingsopsies/versorging vir iemand met 'n alkohol- en dwelm-afhanklikheidsprobleem naamlik -

- buitepasiëntbehandeling;
- intensiewe buitepasiëntbehandelingsprogram;
- mediese gemoniteerde intensiewe binnepasiëntprogram; en
- mediesbestuurde intensiewe program.

5.1 Die buitepasiëntbehandelingsprogram

Die buitepasiëntbehandelingsprogram is 'n nie-residensiële behandelingsprogram, waar die pasiënt 'n professionele persoon sien vir een-weeklikse of twee-weeklikse individuele terapisessies, groepsontmoetings of 'n kombinasie van beide. Daar is minder as 9 ure terapeutiese kontaktyd per week.

5.2 'n Intensiewe buitepasiëntbehandelingsprogram

'n Intensiewe buitepasiëntbehandelingsprogram sluit gedeeltelike hospitalisasie vir detoksifikasie in. Daar is 'n georganiseerde diens met 'n verskeidenheid van dissiplines betrokke. Weeklikse sessies word aangebied en dit kan 'n dag- of aandprogram wees. Die minimum ure vir die behandelingsprogram is 9 ure per week. Die pasiënt kan die volle spektrum van die diens geniet wat individuele- en groepsessies insluit sowel as mediese versorging, en nog steeds in hul plaaslike omgewing bly.

5.3 Die mediese gemoniteerde intensiewe binnepasiëntbehandelingsprogram

Die mediese gemoniteerde intensiewe binnepasiëntbehandelingsprogram kan beskryf word as 'n georganiseerde diens wat gelewer word deur kliniese personeel in 'n residensiële omgewing, met 24 uur observasie, monitering en behandelingsprogram. Dit staan onder die supervisie van mediese personeel.

5.4 Mediesbestuurde intensiewe binnepasiëntprogram

Die laaste vlak van behandeling is die mediesbestuurde intensiewe binnepasiëntprogram. Dit is ook 'n georganiseerde diens wat 'n vaste mediese "regime" vir 24 uur elke dag volg. Dit sluit mediese evaluasie, sorg en behandeling in in 'n akute binnepasiëntomgewing.

6. SANRA WITBANK SE BEHANDELINGSPROGRAM

SANRA Witbank se behandelingsprogram kan gesien word as 'n kombinasie van die buitepasiënt- en 'n intensiewe buitepasiëntbehandelingsprogram.

Daar word 'n georganiseerde behandelingsprogram aangebied wat oor een jaar strek met hospitalisasie as die afhanklike met ernstige mediese of psigiatriese probleme presenteer.

Pasiënte kan in die Witbank Staatshospitaal opgeneem word of, as pasiënte 'n mediese fonds het, kan hulle opgeneem word in 'n privaat hospitaal. Die verpleegpersoneel en terapeute van SANRA, Witbank sal die pasiënte besoek gedurende hulle verblyf in die hospitaal. Na die mediese behandeling in die hospitaal word pasiënte ontslaan en skakel dan verder in by SANRA, Witbank se behandelingsprogram.

Voortdurende mediese monitering word deur verpleegpersoneel van SANRA, Witbank se kliniek gedoen vir die tydperk wat hulle inskakel by die behandelingsprogram. Indien daar enige minder ernstige mediese probleme ondervind word, word pasiënte na hulle huisdokter of plaaslike kliniek verwys vir die nodige mediese dienste byvoorbeeld waar pasiënte depressie ervaar en met medikasie behandel kan word. Daar is weeklikse of twee-weeklikse individuele terapisessies afhangend van die gevorderheid van die afhanklikheidsprobleem of sielkundige stabiliteit van die pasiënt.

Verder vorm ondersteuning- of nasorggroepe (1 maal per week) en 'n 5-dag groepwerkprogram (waar pasiënte inkom vir een week vir groepwerksessies) deel van die behandelingsprogram. Die pasiënte skakel eers by die individuele sessies in (ongeveer 8 sessies) en sodra hulle begin stabiliseer en die 5-dag program voltooi het, skakel hulle in by 'n nasorgprogram. Die ondersteuningsgroep kan bygewoon word vanaf die begin wanneer die persoon inskakel by die program. Die individuele sessies, ondersteunings- en nasorggroepe word ook een maal per week in die aand aangebied vir die persone wat dit nie deur die dag kan bywoon nie. Die groepwerksessies sowel as die meeste van die individuele sessies geskied dus bedags.

Die program is ook aanpasbaar volgens die kliënte se behoeftes. Alternatiewe reëlins word getref om pasiënte te akkomodeer waar dit moontlik is. Persone wat byvoorbeeld nie nasorgsessies in die aand kan bywoon nie, sal op individuele basis gesien word soos die behoefte ontstaan.

Opsommend kan gesê word dat binne- en buitepasiëntbehandelingsprogramme albei bestaansreg het en 'n positiewe bydrae kan maak om die dwelmafhanklike te help.

Aangesien binne- en buitepasiëntbehandelingsprogramme albei 'n gelyke bestaansreg het, is dit belangrik om seker te maak of daar sekere beginsels vir behandeling is wat aanvullend tot programbeplanning gebruik kan word. Dit word ondersoek in Hoofstuk 4.

HOOFSTUK 4

ALGEMENE BEGINSELS VIR EFFEKTIEWE BEHANDELING EN BEHANDELINGSMODALITEITE VIR HEROÏENAFHANKLIKES

INLEIDING

In hierdie hoofstuk word daar gefokus word op bevindinge deur Graig (2004) ten opsigte van behandeling in die algemeen asook die beginsels vir effektiewe behandeling. Die verskillende behandelingmodaliteite word ook bespreek en daar word aandag gegee aan die effektiwiteit van behandelingsprogramme in die algemeen.

1. ALGEMENE BEVINDINGE TEN OPSIGTE VAN BEHANDELING

Volgens Graig (2004:113) het navorsingstudies ten opsigte van behandelings-modaliteite oor en oor bewys dat -

- daar geen spesifieke tegniek is wat meer effektief is as 'n ander as daar na behandelingsuitkomstes gekyk word nie;
- geen vorm van behandeling meer effektief is as ander vorme van behandeling nie;
- afhanklikes in behandeling beter vaar in die herstelproses as afhanklikes wat nie inskakel by 'n behandelingsprogram nie; en
- pasiënte wat 'n behandelingsprogram bevredigend voltooi het, oor die algemeen beter vaar as pasiënte wat hulle behandeling voortydig gestaak het.

As daar gekyk word na bogenoemde punte, is dit duidelik dat daar geen behandelingsprogram uitgesonder kan word as die oplossing vir 'n afhanklikheidsprobleem nie. Daar is net sekere beginsels wat deel vorm van behandeling wat dit meer effektief kan maak.

2. BEGINSELS VIR EFFEKTIEWE BEHANDELING

Die 'National Institute on Drug Abuse' (NIDA 1999:3) het 'n navorsingsgids gepubliseer naamlik "Principles of drug addiction treatment: a research-based guide". Die volgende beginsels word in die gids geïdentifiseer:

2.1 Geen enkele tipe behandeling is geskik vir alle individue nie

Dit is belangrik dat die regte passing gedoen moet word ten opsigte van die behandelingsomgewing, intervensies, individuele probleme en behoeftes van die dwelmafhanklike. As 'n terapeut glo dat daar slegs een voorkeurmethode is wat werk vir 'n dwelmafhanklike, kan die pasiënt ontnem word van wat hulle regtig nodig het om te herstel. Passing maak 'n kritiese bydrae tot die suksesvolle en produktiewe behandeling van die afhanklike. Dit kan net die terugkeer van die dwelmafhanklike na sy/haar familie, werk en sosiale omgewing beter fasiliteer as hy/sy die behandeling kry wat by sy/haar unieke situasie pas.

2.2 Behandeling moet maklik beskikbaar wees

Dwelmafhanklikes kan soms onseker wees oor behandeling – hulle kan wonder wat dit behels, gaan dit moeilik wees, sal personeel my aanvaar, ens. Dit is uiters belangrik dat die behandeling maklik beskikbaar moet wees. As 'n afhanklike behandeling wil ontvang, moet behandeling spoedig binne sy bereik wees sodat geen potensiële geleentheid verlore gaan nie. Afhanklikes se motivering vir hulp kan vinnig verander en hulp moet so gou as moontlik binne hulle bereik wees sodra hulle om hulp vra.

2.3 Effektiewe behandeling gee aandag aan die meervoudige behoeftes van die individu

Die fokus van behandeling is nie net op die afhanklike se dwelmgebruik nie, maar dit moet meer holisties wees. Om effektief te wees moet behandeling die dwelm-afhanklike se individuele dwelmgebruik en die geassosieerde mediese, sielkundige, sosiale, beroeps- en wetlike probleme aanspreek. Dit vereis dat daar van 'n spanbenadering gebruik gemaak moet word om in al hierdie behoeftes te kan voorsien.

Daar lê slegs 'n gedeeltelike waarheid daarin dat 'n afhanklike se lewe verbeter as hy ophou om dwelms te gebruik. Alhoewel daar 'n mate van verbetering kan wees, is daar areas wat nie vanself sal verbeter nie en dit kan dan net aangespreek word deur berading byvoorbeeld afhanklikes vind dit moeilik om hulleself te vergewe vir hulle afhanklike lewenstyl en het gewoonlik 'n swak selfbeeld.

2.4 Die afhanklike se individuele behandelingsprogram en diensplan moet gereeld geassesseer en aangepas word sodat daar by veranderde behoeftes aangepas kan word

Ons almal leef in 'n konstante veranderende wêreld wat ons ervarings en sienings van onself en ons probleme kan verander. Daarom is dit belangrik dat 'n behandelingsprogram in pas bly daarmee. 'n Pasiënt mag dalk verskillende modaliteite van behandeling en dienste nodig hê gedurende sy behandeling- en herstelproses (mediese dienste, gesinsterapie, ouerleiding, beroepsrehabilitasie, sosiale en wetlike dienste). Soos die pasiënt vorder in die herstelproses, sal die behoeftes verander en moet daarvoor voorsiening gemaak word. Die behandelingsprogram moet pas by die pasiënt se individualiteit, ouderdom, geslag, etnisiteit en kultuur. Dit verseker dat daar beter behandelingsuitkomstes sal wees.

2.5 Ter wille van programeffektiwiteit moet die afhanklike vir 'n genoegsame tydperk in behandeling bly

Met betrekking tot die inskakeling van pasiënte konstateer Graig (2004:114) soos volg: "Studies repeatedly show that the longer patients remain in treatment, the more benefit they receive, and the more likely they are to remain abstinent at follow-up".

Drastiese verbeteringe word eers na ongeveer drie maande in 'n behandelingsprogram gesien. Na dié drie maande kan verdere behandeling net nog meer bydra tot herstel. Omdat afhanklikes die behandelingsprogram meestal voor die tyd verlaat, moet daar van strategieë gebruik gemaak word om pasiënte betrokke te kry en te hou by 'n behandelingsprogram.

2.6 Berading (individueel of binne groepsverband) en ander gedragsterapeutiese metodes is 'n noodsaaklike komponent van effektiewe behandeling

Terapie spreek die motivering en die ontwikkeling van vaardighede met betrekking tot die weerstand teen dwelms aan. Dit help om die proses van 'n lewenstylverandering wat die dwelmafhanklike moet maak, te fasiliteer. Daar word ook gekyk na interpersoonlike verhoudings asook die dwelmafhanklike se funksionering in sy/haar gesin en gemeenskap. Nie net die mediese sy van behandeling is genoegsaam vir rehabilitasie en programbeplanning nie, maar terapie in die vorm individuele-, groeps- en gesinsterapie moet ook ingesluit word om 'n geheel te vorm van 'n behandelingsprogram. Dit blyk dat 'n meer holistiese benadering van waarde sal wees.

2.7 Medikasie is 'n belangrike element van behandeling vir baie pasiënte, veral wanneer dit verbind word met berading en ander gedragsterapieë

Metadoon, Naltrexone en Levo-alpha-acetylmethadol (LAAM) word beskou as baie effektiewe hulpmiddels wat heroïenafhanklikes kan help om hul lewe te stabiliseer en kan 'n bydrae tot die vermindering van onwettige dwelmgebruik maak.

2.8 Dwelmafhanklikes/-misbruikers wat gelyktydig 'n geestesiekte het, moet geïntegreerde behandeling kry vir albei probleme

Soms kom afhanklikheid en geestesiektes (soos byvoorbeeld skisofrenie) by dieselfde persoon voor. Dit moet aangespreek word en die behandeling moet albei fasette akkommodeer.

2.9 Mediese detoksifikasie is slegs die eerste stap van behandeling en as dit alleen gebruik word, verander dit selde langtermyn dwelmgebruik

Mediese detoksifikasie help om die akute fisiese onttrekkingsimptome te hanteer. Detoksifikasie is slegs die eerste in die behandelingsproses en nie 'n finale oplossing om langtermyn ophou te verseker nie. "While detoxification alone is rarely sufficient to help addicts achieve long term abstinence" (NIDA 1999:4).

2.10 Behandeling hoef nie vrywillig te wees om altyd effektief te wees nie

Motivering en sekere lokmiddels/belonings of beperkings deur die gesin, werkgewer en regsisteem kan 'n positiewe bydrae maak tot die behandelingsproses en pasiënte se inskakeling by 'n behandelingsprogram.

2.11 Moontlike dwelmgebruik gedurende behandeling moet gereeld gemonitor word

Terugvalle of dwelmhergebruik kan voorkom terwyl die afhanklike persoon in 'n behandelingsprogram is. Die monitering van dwelmgebruik of 'n terugval kan gedoen word deur urientoetse of bloedtoetse. Toetsing kan ook dien as 'n motiveerder om skoon te bly. Dié belangrike inligting rondom die gebruikstatus van dwelmafhanklikes het 'n invloed op die behandelingsprogram byvoorbeeld waarop gefokus moet word in die behandelingsprogram. "Such monitoring also can provide early evidence of drug use so that the individual's treatment plan can be adjusted" (NIDA 1999:5). Dit kan moontlik beteken dat 'n persoon wat slegs in 'n groepterapeutiese program is vir 'n tydperk ekstra individuele terapeutiese sessies sal ondergaan sodat die oorsprong van die dwelmgebruik aangespreek kan word.

2.12 Behandelingsprogramme moet voorsiening maak in hulle assessering vir HIV, Vigs, Hepatitis B en C, Tuberkulose en ander siektes

Terapie kan pasiënte help om hoë risiko gedrag te verander of te vermy of te voorkom en dié wat reeds besmet is, help om dit te bestuur en te hanteer en ander persone ook in ag te neem.

Dit impliseer dat behandelingsprogramme ook akkommoderend moet wees met pasiënte wat besmet is met HIV/Vigs, Hepatitis, Tuberkulose en ander siektes. Behandelingsorganisasies moet kennis hê rondom die siektes en dit verbind met die regte hulpbronne wat hulle kan help as die klinieke nie self kan voorsien in hierdie behoefte nie.

2.13 Herstel van dwelmafhanklikheid kan 'n langtermynproses wees en kan herhaalde episodes van behandeling vereis

Terugvalle kan te voorskyn kom na of gedurende behandeling wat gevolglik daartoe kan bydra dat dwelmafhanklikes verlengde behandeling en verskillende episodes van behandeling het, voor langtermynweerhouding en totale integrasie in die gemeenskap kan plaasvind. Deelname in selfhelpondersteuningsprogramme is gedurende en na behandeling van groot hulp in die weerhoudingsproses.

Uit bogenoemde besprekings van die 13 beginsels vir effektiewe behandeling is dit duidelik dat 'n geïntegreerde behandelingsprogram noodsaaklik is en wat fokus op terapeutiese sowel as die mediese aspekte. Dit moet 'n holistiese benadering wees wat sover moontlik al die behoeftes van die afhanklike aanspreek en dit impliseer dat daar aandag gegee moet word aan individuele behandelingsprogramme.

Daar is implikasies vir die samestelling of funksionering van 'n behandelingsprogram, as die beginsels van effektiewe behandeling in ag geneem word. Dit impliseer dat die program gediversifiseerd moet wees en dat 'n spanbenadering dalk 'n vereiste behoort te wees. As behandelingsprogramme nie self kan voorsien in die behoeftes van die pasiënte nie, moet daar 'n groter samewerking wees tussen die klinieke en hulpbronne beskikbaar in die gemeenskap sodat die behoeftes aangespreek kan word.

3. ALGEMENE INLIGTING TEN OPSIGTE VAN BEHANDELING

Gewoonlik nader heroïenafhanklikes instansies of persone wat behandelingsprogramme aanbied omdat hulle graag wil ophou en bang is vir onttrekkingsimptome óf dat hulle hoop op 'n langtermynvoorskrif vir opiate omdat hulle dit al hoe moeiliker vind om 'n konstante voorraad heroïen te kan bekostig (Ghodse 2003:242).

Die navorser het gevind dat ander redes as bogenoemde genoem word tydens die assesseringsonderhoude by SANRA, Witbank. Dit hou gewoonlik verband met een of ander krisis byvoorbeeld ouers wat die kind betrap het tydens heroïengebruik, of die kind het 'n oordosis gehad, of probleme met die regstelsel (diefstal, in besit van heroïen wees en handel dryf daarin). 'n Skool verwys byvoorbeeld leerders sodra hulle agterkom daar is 'n probleem ten opsigte van dwelmgebruik. Van die pasiënte wat aanklop vir dienste by SANRA, Witbank, is pasiënte wat pas ontslaan is uit 'n binnepasiëntbehandelingsprogram en dan moet inskakel by nasorgdienste. Nasorgdienste is 'n belangrike faktor in die herstelproses, want dit is dan wanneer nuwe lewenstylaanpassings in hulle daaglikse omgewing gemaak moet word.

Uit die literatuur is dit duidelik dat daar 'n algemene sienswyse in die afhanklikheidsveld is dat behandeling suksesvol is, in aggenome die behandelingsdoelwitte. Die siening dat behandeling suksesvol is, word ondersteun deur Hubbard et al (1989:43) wat sê: "There is no question that treatment works...".

Dit is duidelik dat dwelmbehandelingsprogramme die vermindering van dwelmgebruik gedurende en na behandeling, verminderde kriminele aktiwiteite en verhoging in werkseleenthede tot gevolg het. Dit bring die navorser by die vrae "watter tipe behandelingsmodaliteite is daar" en "wat bevind is ten opsigte van die effektiwiteit van die behandelingsmodaliteite".

4. MODALITEITE VAN DWELMBEHANDELING

Die wyse waarop behandelingsprogramme aangebied word, word vervolgens bespreek (Lewis 1994:61).

4.1 Detoksifikasie

Dit is 'n aanvullende behandelingswyse tot ander behandelingsmodaliteite. Die doel van detoksifikasie is om die akute fisiese afhanklikheid en onttrekkingsimptome te verminder. Lewis (1994:61) haal Hubbard et al aan dat detoksifikasie alleenlik nie effektief is vir totale onthouding of vermindering van dwelmgebruik op die langtermyn nie.

4.2 Metadooninstandhoudingsprogram

Metadoon is 'n sintetiese plaasvervanger vir opiate. In oorsese lande word dit voorgeskryf as 'n metode om die heroïenafhanklike te help om fisies en sosiaal te stabiliseer. Meestal is dit op 'n langtermynbehandelingsprogram gefokus. 'n Deel van die metadoonbehandelingsprogram is dat beraders wat gevalleladinge van tussen 35 tot 50 pasiënte het, gewoonlik weeklikse, individuele beradingsessies van 30 minute voorsien wat fokus op probleemoplossing en 'n veranderde lewenstyl. Daar bestaan baie kontroversie rondom dié behandelingsmodaliteit, omdat persone nie heeltemal dwelmvry is nie, en nog steeds moet staat maak op 'n chemikalieë om "normaal" te funksioneer.

4.3 Buitepasiëntmedikasie (substansie) - vrye behandelingsprogramme

Dit wil voorkom asof die tipe buitepasiëntprogramme se fokus meer op substansiegebruikers met minder ernstige probleme (insluitend heroïenafhanklikes asook ander dwelmafhanklikes) is asook persone wat hertoetree tot die gemeenskap na hul binnepasiëntbehandeling ontvang het en/of 'n terugval beleef het.

Die tipe buitepasiëntprogramme wissel gewoonlik tussen 3 en 9 maande waar die hoof terapeutiese fokus individuele en groepsessies behels. Daar is gewoonlik weeklikse, individuele beradingsessies van 45 minute elk, en weeklikse

groepsessies van 90 minute elk wat fokus op hanteringsvaardighede, probleemoplossing en interpersoonlike vaardighede. Die behandelingsdoelwitte van die buitepatiëntbehandelingsprogramme is dieselfde as vir ander behandelingsmodaliteite.

Lewis (1994:60) haal Hubbard et al aan wat aandui dat buitepatiëntdwelmvryprogramme effektief is in die vermindering van dwelmgebruik en verbetering van werkgeleenthede. Retensiepersentasie pasiënte wat in die program bly is egter laag.

4.4 Intensiewe buitepatiëntprogramme

Dit is gestruktureerde programme wat uit individuele- en groepberadingsessies asook selfhelpgroepe bestaan. Sessies word bygewoon vir 4 tot 5 dae per week, maar pasiënte gaan elke aand terug huis toe.

4.5 Terapeutiese gemeenskappe

Die tipe program strek oor 'n langer termyn (6 tot 24 maande) en word gesien as 'n residensiële program.

Volgens die "National Institute on Drug Abuse" se navorsingsgebaseerde gids (NIDA 1999:28) is terapeutiese gemeenskappe (ook bekend in Engels as TC's) se fokus op "the 'resocialization' of the individual and the program's entire 'community', including other residents, staff and the social context, as active components of treatment". Die pasiënt gaan gewoonlik deur behandelingsfases wat gestruktureerd is en word bevorder van een fase na 'n ander soos die pasiënt vorder in die herstelproses. Soms moet die pasiënte werksaktiwiteite in die behandelingsgemeenskap verrig as deel van die behandelingsprogram.

Die behandelingsprogram bestaan uit weeklikse individuele sessies en kleingroepberadingsessies. Die sessies fokus op rekonsiliasies en integrasie met die gemeenskap en gesin, verandering van wanfunksionerende gedragspatrone, probleemoplossing en vaardigheidsontwikkeling.

4.6 Chemiese afhanklikheidsprogramme

Hierdie program is korttermyn (21 tot 28 dae), persoonlik gefinansierde en hospitaalgebaseerde programme. Afhanklikheid word gesien en hanteer as 'n progressiewe en fatale siekte.

Die fokus is op inligtingsessies, selfhelpgroepsessies (soos byvoorbeeld die 12-Stappe, 'Narcotics Anonymous Groups' (NA)), individuele berading en ander groepsessies oor gepaste onderwerpe.

Professionele persone soos dokters, psigiaters, sielkundiges en maatskaplike werkers is deel van die behandelingspan.

5. EFFEKTIWITEIT VAN DIE VERSKILLENDEN BEHANDELINGSMODALITEITE

Dit blyk oor die algemeen dat daar nie verskille in die behandelingsuitkomste vir die verskillende modaliteite is nie, behalwe dat pasiënte wat net detoksifikasie ontvang het, nie altyd positiewe behandelingsuitkomste gehad het nie (Hubbard et al 1989:7).

Hierdie siening word soos volg ondersteun deur NIDA se navorsingsbevindinge ten opsigte van 10 000 pasiënte in 100 programme wat in 11 stede gedoen is (Leshner 1997:73): "DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Study) overwhelmingly confirms the effectiveness of drug abuse treatment. Among the patients that DATOS studied, drug use dropped significantly from the 12 months before treatment to 12 months after treatment began. This was true for all four types of treatment studied: outpatient methadone,

outpatient drug-free, long-term residential, and short-term inpatient. Treatment also led to significant improvements in other aspects of patients' lives such as reduced involvement in illegal acts".

Uit die voorafgaande bespreking blyk dit dus dat geen behandelingsmodaliteit is opsigself die enigste antwoord is vir die behandeling van die heroïenafhanklike pasiënte nie. Elke behandelingsmodaliteit het behandelingswaarde in sy eie reg. Dit wil voorkom of die behandelingsmodaliteite elkeen 'n bepaalde behoefte in behandelingsprogramme aanspreek.

Dit is van belang dat daar in die navorsingstudie meer gefokus moet word op die behoefte, soos ervaar in die praktyk, wat ondervind word in 'n buitepasiëntbehandelingsprogram. Hoofstuk 5 en 6 kyk na die navorsingsmetodologie en die empiriese bevindinge in die poging om hierdie doelwit te bereik.

HOOFSTUK 5

NAVORSINGSMETODE

INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die motivering vir en aanname van die navorsingstudie baie kortliks weergegee. Die data-insamelingsmetodes gebruik, die steekproefneming en die gebruik van die onderhoudskedules word breedvoerig bespreek.

1. MOTIVERING VIR DIE NAVORSINGSTUDIE EN AANNAME

Die toename in die vraag vir behandeling van heroïenafhanklikheid, soos ervaar deur die navorser wat die afgelope vyf jaar werksaam is as terapeut by die betrokke kliniek, het gedien as motivering vir die navorsingstudie. Die navorser wou seker maak of die huidige behandelingsprogram van SANRA Witbank pas by die huidige behoeftes van heroïenafhanklikes en of 'n aanpassing nodig is in die huidige behandelingsprogram.

Voortspruitend uit die probleemformulering het die navorser die volgende navorsingsvrae ontwikkel:

- Wat is die behoeftes van die heroïenafhanklike pasiënte wat inskakel by 'n buitepasiëntbehandelingsprogram en hoe kan die dienste moontlik aangepas word om te verseker dat die pasiënte se behoeftes aangespreek kan word?
- Wat is die redes waarom heroïenafhanklikes 'n buitepasiëntbehandelingsprogram gekies het as behandelingsopsie?

Vir die doel van die onderhawige studie is die volgende aanname gemaak: "Dat buitepasiëntbehandeling van heroïenafhanklikes suksesvol kan wees as daar aan bepaalde riglyne en behoeftes beantwoord kan word".

2. DATA-INSAMELINGSMETODES WAT GEBRUIK IS

In hierdie navorsing is daar van kwalitatiewe en kwantitatiewe data-insamelingsmetodes gebruik gemaak (Rubin & Babbie 1997:372). Die onderhoudskedules was beide gestruktureerd asook ongestruktureerd. Daar is gefokus op spesifieke vrae wat weergegee kon word in staafdiagramme (kwantitatief). Ander vrae in die onderhoudskedules het gefokus op die waarde wat respondente heg aan hulle leefwêreld en situasie. Hierdie data wat ingewin is kon nie in diagramvorm weergegee word nie maar is beskrywend weergegee in die teks (kwalitatief).

Eerstens is daar 'n literatuurstudie gedoen oor die aard van heroïen as dwelmmiddel, die behoeftes van heroïenafhanklikes en behandelingsprogramme. Uit die inligting verkry deur middel van die literatuurstudie en die navorser se ervaring in die dwelmafhanklikheidsveld, is onderhoudskedules opgestel.

Tweedens is onderhoude gevoer aan die hand daarvan met heroïenafhanklikes van SANRA, Witbank asook personeel van buit pasiënte van SANRA klinieke in Suid-Afrika. (Sien Addendums A en B vir die twee onderhoudskedules).

3. STEEKPROEFNEMING

3.1 Steekproef van heroïenafhanklikes (n = 7)

Die steekproef (n=7) is 'n nie-waarskynlikheidsteekproef, met meer spesifiek 'n "accidental" of beskikbaarheid/gerieflikheidsteekproef soos gestel deur De Vos (2003:207). Die rede waarom die navorser die metode gekies het, is as gevolg van die relatiewe beskikbaarheid van respondente. Die heroïenafhanklike respondente is al die pasiënte wat SANRA Witbankkliniek in die tydperk van een week (31 Januarie 2005 tot 4 Februarie 2005) besoek het.

Hulle was die toeganklikste en bereikbaarste vir die doel van die studie. De Vos (2003:207) haal Judd et al aan ter verdere verduideliking van hierdie tipe steekproef: "We simply reach out and take the cases that are at hand, continuing the process until the sample reaches a designated size".

3.2 Die SANRA buitepasiëntklinieke steekproef (n = 10)

Een (1) personeellid van tien (10) verskillende SANRA buitepasiëntklinieke wat regoor Suid-Afrika werk is in die steekproef gebruik. Die onderhoudskedule is telefonies met al tien (10) respondente deurgewerk. Die respondente is tussen 31 Januarie 2005 en 4 Februarie 2005 gekontak. Uit 'n lys van 34 SANRA buitepasiëntklinieke is daar telefoniese kontak gemaak en slegs die respondente wat dadelik beskikbaar was, is gebruik in die ondersoek. Al die respondente was maatskaplike werkers met die posbenaming van terapeut.

Die name van die klinieke wat deelgeneem het aan die steekproef kan nie bekend gemaak word nie, omrede anonimiteit verseker is aan die respondente.

3.3 Beperkinge van die steekproefneming

Die volgende beperkinge ten opsigte van die steekproefneming vir die ondersoek is geïdentifiseer:

- Die grootte van beide steekproewe is baie klein. Net sewe (7) heroïen-afhanklike respondente en tien (10) personeellede van buitepasiëntklinieke is gebruik as respondente.
- As gevolg van die klein steekproef kan die resultate nie van toepassing gemaak word op die totale populasie van heroïenafhanklikes en buitepasiëntbehandelingsprogramme in Suid-Afrika nie, maar is slegs op SANRA, Witbank en die gepaardgaande behandelingsprogram van toepassing.

- Die respondente wat die kliniek besoek het gedurende die week van die 31 Januarie 2005 tot 4 Februarie 2005 wat die onderhoudskedule voltooi het, kan nie verteenwoordigend wees van die totale populasie van heroïenafhanklikes nie. Dit kan veroorsaak dat die resultate van die ondersoek met betrekking tot die behandelingsprogram net geldig kan wees ten opsigte van 'n beperkte groep repondente.
- Die tien (10) deelnemers van die verskillende SANRA buitepatiëntklinieke is nie genoeg om 'n geheelbeeld te skep van behandelingsprogramme vir heroïenafhanklikes in Suid-Afrika nie. Dit kan wel lei tot 'n vergelyking van SANRA, Witbank se behandelingsprogram en die ander SANRA buitepatiëntbehandelingsprogramme.

4. ONDERHOUDSKEDULES

Die onderhoudskedule is eers op een (1) respondent uitgetoets en daar is toe aanpassings gemaak, waarna die onderhoudskedules aan die respondente gestel is.

Daar was van oop- en geslote vrae gebruik gemaak. Die geslote vrae was daarop gefokus om spesifieke inligting te bekom. Daar was voorgeskrewe antwoorde voorsien wat net afgemerk kon word, of net 'n enkel antwoord kon verskaf word. Sodoende is die gemiddelde profiel van die respondente van albei skedules bepaal - dit het die vrae van ouderdom, geslag, beroepstatus, kwalifikasies, ens. ingesluit.

Die oop vrae was meer gefokus op die behandelingsbehoefte, die keuse van buitepatiëntbehandeling asook hoe die ander klinieke se behandelingsprogramme daarna uitsien. Die respondente kon baie meer uitgebreide en gedetailleerde antwoorde verskaf.

4.1 Semi-gestruktureerde, een-tot-een onderhoude met die heroïenafhanklikes (n = 7) Addendum B en die toepassing daarvan

Daar is op hierdie manier van onderhoudvoering besluit omdat daar volgens De Vos (2003:302) 'n meer gedetailleerde prentjie gekry kan word van respondente se persepsies of belewenisse van 'n sekere onderwerp. Die navorser het 'n stel vrae vooraf opgestel (sien hoofstuk 6 vir die empiriese bevindinge en Addendum B).

Die respondente is gelei deur die skedule. Die respondente word gesien as die "deskundiges" op hierdie onderwerp en maksimale geleentheid is gegun aan die respondente om hulle ervarings met die navorser te deel.

Al die respondente is persoonlik deur die navorser genader vir die onderhoud. Die navorser het persoonlik die onderhoudskedule voltooi saam met die respondente. Daar is van geen ander veldwerkers gebruik gemaak met die toepassing van die onderhoudskedules nie. Die beantwoording van die onderhoudskedules was op 'n vrywillige basis deur die respondente.

Voor die heroïenafhanklike respondente die onderhoudskedule voltooi het, is daar eers 'n vrywaringsvorm geteken, waarin hulle nie SANRA, Witbank of UNISA verantwoordelik sal hou vir enige skade as gevolg van die bekendmaking van die bevindinge nie.

Die fokus van die vrae was om die behoeftes van heroïenafhanklikes te bepaal, sodat die nodige aanbevelings gemaak kan word en die huidige behandelingsprogram van SANRA, Witbank aangepas kan word indien nodig.

4.2 Onderhoudskedule met SANRA buitepatiëntpersoneel (n = 10) Addendum A en die toepassing daarvan

Vanweë die geografiese wydverspreidheid van die SANRA klinieke, was telefoniese onderhoude met die tien (10) respondente die mees uitvoerbare en bekostigbare opsie.

Al die respondente is telefonies deur die navorser genader vir die onderhoude en die onderhoudskedule is saam met die respondente voltooi. Daar is van geen ander veldwerkers gebruik gemaak met die toepassing van die onderhoudskedules nie. Die beantwoording van die onderhoudskedules was op 'n vrywillige basis deur die respondente.

4.3 Swak en sterk punte van 'n een-tot-een onderhoud

Volgens De Vos (2003:305) is hierdie navorsingsmetodologie geldig omdat die respondente hulle eie wêreld die beste verstaan en daarom hulle eie "gesaghebbende" mening rondom die onderwerp kan gee. Hierdie is 'n goeie manier om 'n groot hoeveelheid inligting vinnig te bekom en diepte te verkry in data-insameling.

Moontlike leemtes in die navorsingsmetodologie is die volgende:

- Die heroïenafhanklike respondente kon dalk onwillig gewees het om al die inligting waaroor hulle beskik te deel. In hierdie studie vermoed die navorser dat dit moontlik die geval kon wees, omdat die navorser die ondersteuningsgroep hanteer en van die respondente is in die groep. Dit mag wees dat hulle nie die navorser wou konfronteer met negatiewe sieninge nie.

- Daar bestaan ook die kans dat respondente dalk onwaar antwoorde of misleidende antwoorde kon gee. Die respondente kon dalk geantwoord het wat hulle dink die navorser wou hoor of wat geloofwaardig klink.

Uit bogenoemde inligting is dit duidelik dat die navorser se steekproef fokus op heroïenafhanklikes en die SANRA klinieke wat hulle behandel asook buitepasiëntbehandelingsprogramme.

Daar is van onderhoudskedules gebruik gemaak om die nodige inligting te bekom sodat die doelwit van die studie bereik kan word.

Die navorsingsmetode is bespreek en dit noodsaak die navorser om nou die empiriese bevindinge weer te gee soos dit gevind word in die praktiese toepassing van die navorsingstudie in Hoofstuk 6.

HOOFSTUK 6

EMPIRIESE BEVINDINGE

INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die bevindinge van die twee onderhoudskedules aangebied. Dit is hoofsaaklik deur middel van 'n meer beskrywende vorm weergegee. Daar is in hierdie bespreking ook gebruik gemaak van staafdiagramme om die data wat ingewin is, weer te gee. Die empiriese bevindinge gaan in twee gedeeltes bespreek word naamlik -

- die siening van behandeling en behandelingsprogramme soos weergegee deur die tien (10) respondente van die verskillende SANRA buitepatiëntklinieke; en
- die behandelingsbehoefte van die sewe (7) heroïenafhanklike respondente wat deelgeneem het aan die ondersoek;

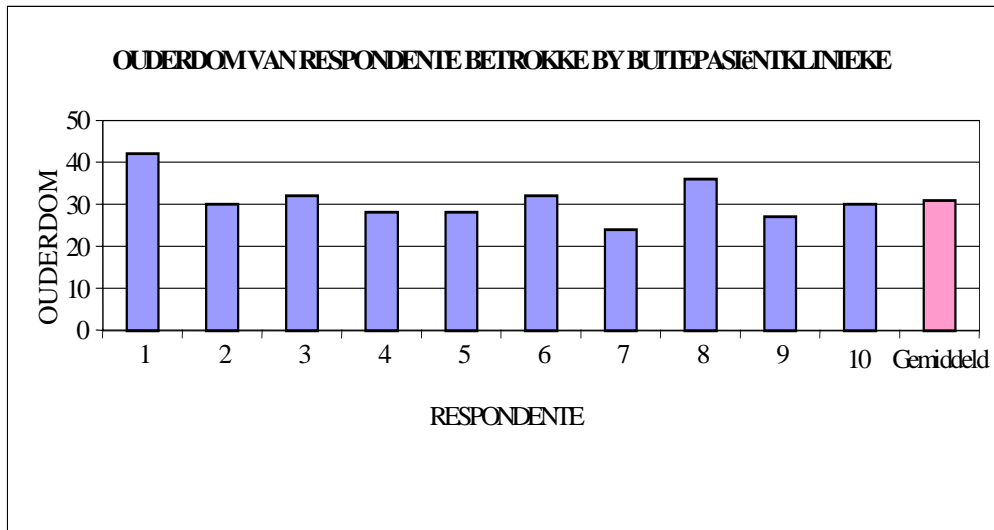
1. **BESPREKING VAN DIE BEVINDINGE VAN DIE ONDERHOUDSKEDULE (ADDENDUM A), SOOS DEUR DIE RESPONDENTE VAN DIE SANRA BUITEPASIËNTKLINIEKE BEANTWOORD IS**

Eerstens word die profiel van die respondente bespreek, daarna die vrae wat verband hou met die behandeling en die behandelingsprogramme.

1.1 **Profiel van die respondente van die buitepatiëntklinieke**

Hier volg 'n profiel van die tien (10) respondente van SANRA buitepatiëntklinieke.

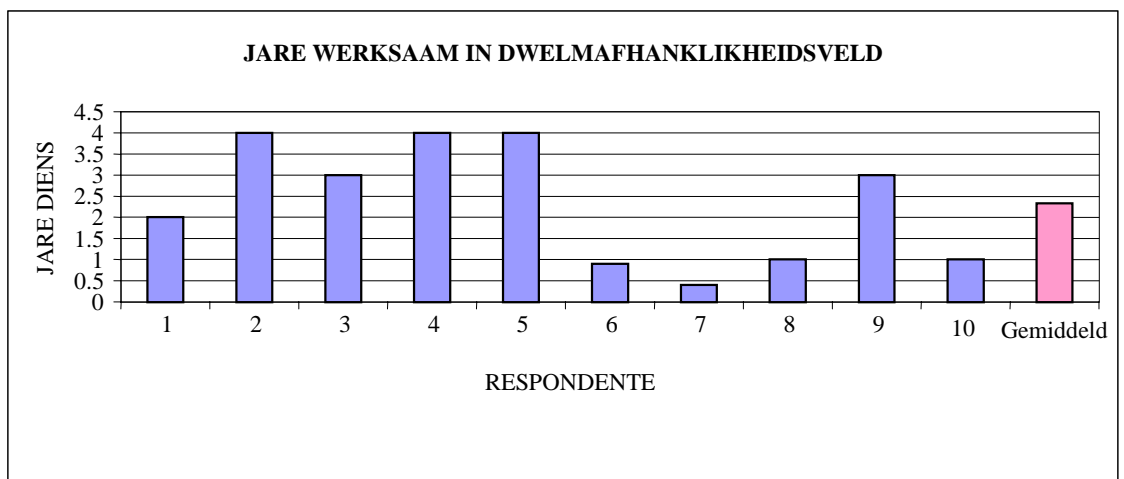
Sien figuur 6.1



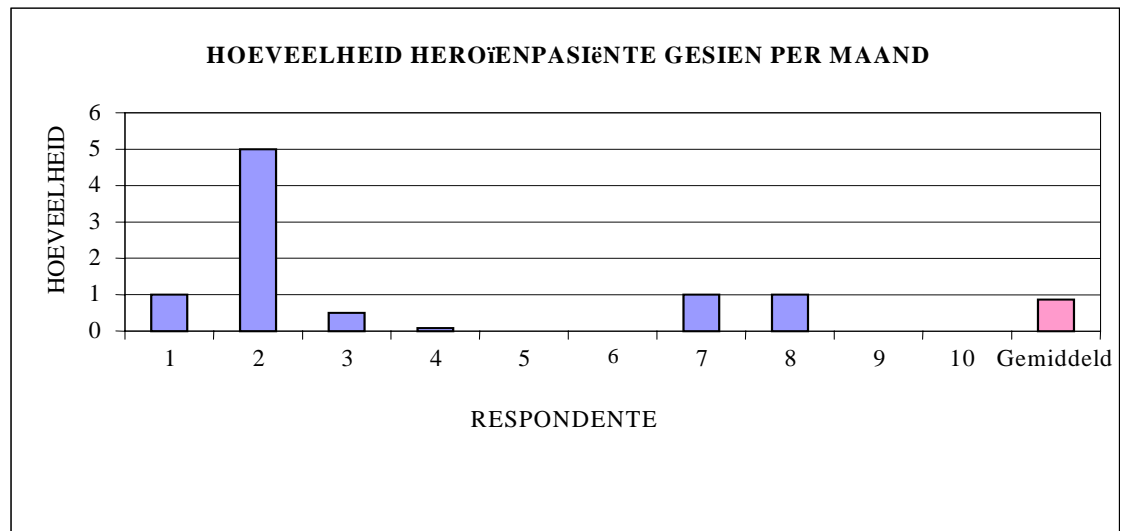
Figuur: 6.1

Die gemiddelde ouderdom van die respondente wat deelgeneem het aan die steekproef was 30 jaar, met die hoogste ouderdom 42 jaar en die laagste 25 jaar.

Die respondente werk gemiddeld ongeveer 2 jaar en 3 maande in die afhanklikheidsveld en sien ongeveer 1 heroïenafhanklike pasiënt per maand. Sien figuur 6.2 en 6.3



Figuur: 6.2



Figuur: 6.3

1.2 Die response van die respondente (personeel van buitepatiëntklinieke) oor buitepatiëntbehandeling en die behandelingsprogramme

1.2.1 Die vraag "behandel u heroïenafhanklikes? kies ja of nee, motiveer" is gestel aan die respondente.

Ses (6) van die respondente (60%) het "ja" geantwoord op hierdie vraag, wat aandui dat hulle wel heroïenafhanklikes behandel op buitepatiëntgrondslag.

Vier (4) van die respondente (40%) het bevestig dat hulle nie heroïenafhanklikes behandel nie. Die redes wat aangegee word waarom hulle nie heroïenafhanklikes behandel nie, is:

- Een (1) kliniek (10%) het genoem dat hulle in 'n landelike omgewing is en dat heroïengebruik nie voorkom onder die dwelmgebruikers wat hulle tans behandel nie.
- Een (1) respondent (10%) het geantwoord dat dit te moeilik is om heroïenpatiënte se onttrekkings te behandel in 'n landelike omgewing en dat hulle dadelik die pasiënte verwys na binnepasiënt-

behandelingsklinieke. Daar is nie geskikte mediese fasiliteite nie.

- 'n Ander kliniek het pas sy deure oop gemaak (is nog nuut) en het nog nie heroïenpasiënte gehad wat aangeklop het vir hulp nie.
- Vier (4) klinieke (40%) het gevoel dat dit oor die algemeen moeilik is om heroïenpasiënte te behandel as gevolg van die emosionele skommeling, die onttrekkingsimptome, die dwelmlus wat die pasiënte het en erge depressie wat deur hulle ondervind word. Heroïenpasiënte bly gewoonlik nie lank in die behandelingsprogram nie of daag op onder die invloed van die dwelm.

2. BEHANDELINGSPROGRAMME

Die vrae wat onder hierdie afdeling gedek is, is "Waaruit bestaan u behandelingsprogram? Hoe gereeld sien u pasiënte; individueel, groepsessies, ondersteuningsgroepe, ander tipe behandeling?" en "Het u fasiliteite vir detoksifikasie?".

Al ses (6) respondente (60%) wat "ja" geantwoord het op die vraag of hulle heroïenafhanklikes behandel, het mediese assesseringsfasiliteite beskikbaar.

Die mediese assessering word deur 'n dokter of 'n gekwalifiseerde verpleegkundige gedoen. Slegs twee (2) van dié ses (6) klinieke (33%) wat heroïenverslaafdes behandel, het hulle eie detoksifikasie-eenhede in die kliniek en die ander verwys hulle pasiënte na staatshospitale en/of privaat hospitale vir detoksifikasie.

Die verskillende modaliteite is as volg deur die verskillende klinieke beskryf:

2.1 Individuele sessie

Al ses (6) klinieke (60%) bied individuele terapeutiese sessies aan ten minste een maal per week, wat na 'n tydperk na twee-weeklikse sessies verskuif of soos die behoefte van die pasiënt is. Die oorblywende klinieke sien heroïenpasiënte slegs vir nasorgdienste, nadat hulle binnepasiëntbehandeling elders ontvang het.

2.2 Groepsessies

Vyf (5) van die klinieke (50%) het gereelde groepsessies wat insluit sessies vir ouers/familie, die effekte van dwelms, lewenstylaanpassing- en terugvalvoorkomingsessies asook oerleidingprogramme.

Nasorg- en ondersteuningsgroepe, vorm ook 'n belangrike deel van hierdie modaliteit en ses (6) van die respondente (60%) wat “ja” geantwoord het op die vraag of hulle heroïenpasiënte behandel, het een of ander vorm van nasorg-, ondersteuningsgroepe of NA (Narcotics Anonymous) groepe waarby die heroïenafhanklike tussen 1 tot 2 keer per week by kan inskakel.

3. DIE BEHOEFTE VAN HEROÏENAFHANKLIKES SOOS ERVAAR DEUR PERSONEEL (RESPONDENTE) VAN SANRA BUIEPASIËNTKLINIEKE

Op die vraag “Wat is die behoeftes van heroïenafhanklikes by assessering en in behandelingsprogramme”, kon drie (3) van die respondente (30%) nie die vraag oor wat die behoeftes van heroïenafhanklikes is beantwoord nie, want hulle het gevoel dat hulle geen ervaring en kennis het en hulle het nog nie heroïenafhanklikes behandel nie.

Sewe (7) van die respondente (70%) het gevoel dat die fisiese behoeftes van heroïenafhanklikes eertste prioriteit is - dit is die mediese behoeftes ten opsigte van onttrekkings en om hulle medies gestabiliseer te kry. Daarop het gevolg die basiese behoeftes van heroïenafhanklikes:

- Slegs twee (2) respondentklinieke (20%) het gevoel dat die basiese behoeftes van belang is en daaraan aandag geskenk moet word as deel van die behandelingsprogram. Dit sluit in voorsiening van verblyf, klere, kos en regsverteenvoording. Ses (6) van die respondente (60%) verwys heroïen-afhanklikes elders vir hierdie basiese behoefte bevrediging. Die verwysings is na halfweghuise en ander hulpbronne.
- Op sosiale en geestelike vlakke is daar genoem dat die pasiënte baie geïsoleerd is van hulle families en gesinne. 'n Gebrek aan 'n roetine en 'n daaglikse struktuur, 'n groot behoefte aan begrip en omgee van andere, die aanwesigheid van 'n lae selfbeeld en maklik beïnvloedbaarheid deur ander, is deur die respondente geïdentifiseer. Die respondente ervaar ook dat daar 'n behoefte is dat die afhanklikes wil werk aan hulle verhoudinge met gesinne, families en lewensmaats.
- Hulle benodig ook "hoop" dat hulle hul lewens weer in orde sal kan kry.
- Die respondente ervaar dat daar 'n leemte op geestelike (godsdienslike vlak) is en daar 'n behoefte op dié vlak is wat ook aangespreek moet word.

Op die vraag wat die respondente (personeel van SANRA buitepasiëntklinieke) beskou as die behoeftes van heroïenpasiënte in 'n behandelingsprogram is die volgende behoeftes geïdentifiseer:

- Eerstens 'n goeie detoksifikasie- en mediese program.
- Die betrokkenheid van familie- en gesinslede by die behandelingsprogram.
- Die beskikbaarheid van nasorgfasiliteite.
- 'n Kreatiewe en aktiewe behandelingsprogram wat voorsien in die skep van 'n struktuur vir die afhanklike.
- Fisiese oefening en aktiwiteite.

Bogenoemde is saamgestelde antwoorde en dit is moeilik om dit statisties weer te gee.

Die volgende behoeftes (volgens die respondente) waarin nie voorsien kan word deur die klinieke self nie, is:

- Medikasie.
- Kos.
- Verblyf.
- Die fasiliteit vir ondersteunings- en NA (Narcotics Anonymous) groepe.

Ses (6) van die respondente (60%) het ook genoem dat heroïenafhanklikes eerder op 'n binnepasiëntbasis behandel moet word as op 'n buitepasiëntbasis.

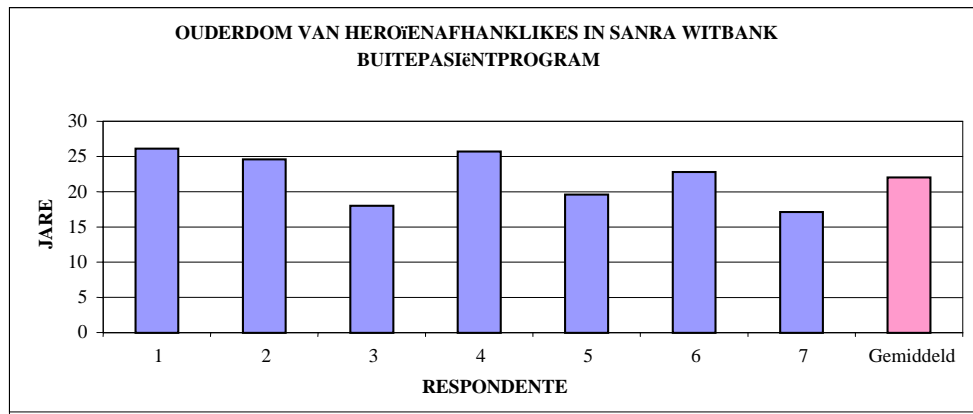
4. BESPREKING VAN DIE SEWE (7) HEROÏENAFHANKLIKE RESPONDENTE EN HULLE BEHOEFTE (ADDENDUM B)

Soos reeds genoem in hoofstuk 5 (sien paragraaf 3.1) is die sewe (7) respondente wat gebruik is in die steekproef al die heroïenafhanklikes wat SANRA Witbank kliniek besoek het vir die tydperk 31 Januarie 2005 tot 4 Februarie 2005.

Eerstens word die algemene profiel van die heroïenafhanklikes wat betrek is by die onderhoudskedules, ontleed. Daarna word die res van die bevindinge in beskrywende vorm en staafdiagramme weergegee.

4.1 Profiel van heroïenafhanklike respondente by SANRA Witbank

Staafdiagram van die ouderdomme van heroïenafhanklike respondente. Sien figuur 6.4.



Figuur: 6.4

Uit bogenoemde figuur kan ons sien dat die gemiddelde heroïenafhanklike respondente 22 jaar oud is. Al sewe (7) respondente (100%) was blank, slegs een (1) was vroulik. Nie een van die respondente het kinders nie.

Die gemiddelde ouderdom waarop dwelms begin gebruik is, was veertien (14) jaar en sewe (7) maande, en die jongste respondent was sewentien (17) jaar oud.

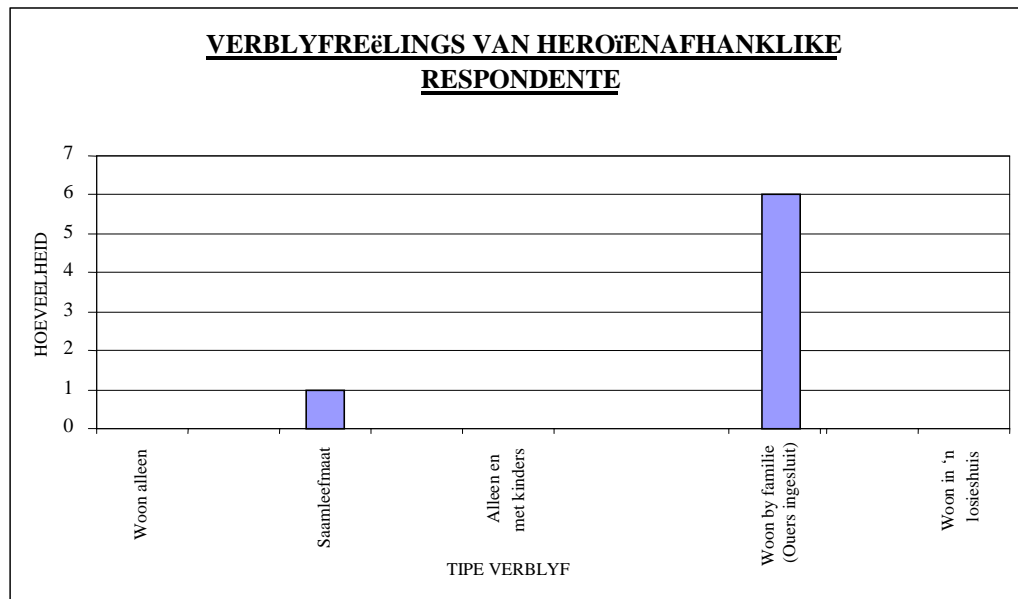
Die gemiddelde jare van heroïengebruik is twee (2) jaar en agt (8) maande. Die kortste tydperk van gebruik was sewe (7) maande en die langste gebruik vyf (5) jaar.

4.2 Metode van heroïengebruik

Slegs een (1) respondent (14.3%) van die steekproef het die spuitmetode gebruik, terwyl vyf (5) respondente (71.4%) dit gerook en gesnuif het. 'n Verdere een (1) respondent (14.3%) het slegs heroïen gerook.

Slegs die een (1) respondent (14.3%) wat heroïen gespuut het, het geen ander dwelmmiddels of substansies gebruik nie. Die ander ses (6) respondente (85.7%) was multidwelmgebruikers, wat beteken dat hulle 'n kombinasie van ander dwelms gebruik.

4.3 Verblyf, werkstatus en kwalifikasies van respondente



Figuur: 6.5

Een (1) van die respondente (14.3%) bly saam met 'n saamleefmaat en die ander ses (6) respondente (85.7%) woon by hulle ouers. (Sien figuur 6.5) Twee (2) van die ses (6) respondente (33.3%) wat by hulle ouers woon is tans in die skool (onderskeidelik in graad 11 en 12), een (1) respondent (14.3%) is werkloos, nog een (1) respondent (14.3%) is 'n student, een (1) respondent (14.3%) is 'n entrepreneur, een (1) respondent (14.3%) werk tydelik vir 'n werkgewer en die laaste respondent (14.3%) werk permanent vir 'n werkgewer.

Vier (4) van die respondente (57.1%) het ontevrede gevoel met hulle huidige kwalifikasies, en het gevoel dat daar 'n leemte is. Slegs drie (3) respondente (42.9%) het tevrede gevoel met hulle huidige kwalifikasies.

Op die vraag: "Of hulle die geleentheid sal gebruik om beroepsvaardigheid uit te brei" het ses (6) respondente (85.7%) "ja" geantwoord, en slegs een (1) respondent (14.3%) "nee" geantwoord. Die ses (6) respondente (85.7%) het gevoel dat dit hulle

beter bemerkbaar sal maak in die beroepsveld, hulle selfbeeld sal verbeter en dit sal help omdat hulle nie die finansies het om vir studies te betaal nie.

4.4 Vorige behandelingsgeskiedenis van respondente

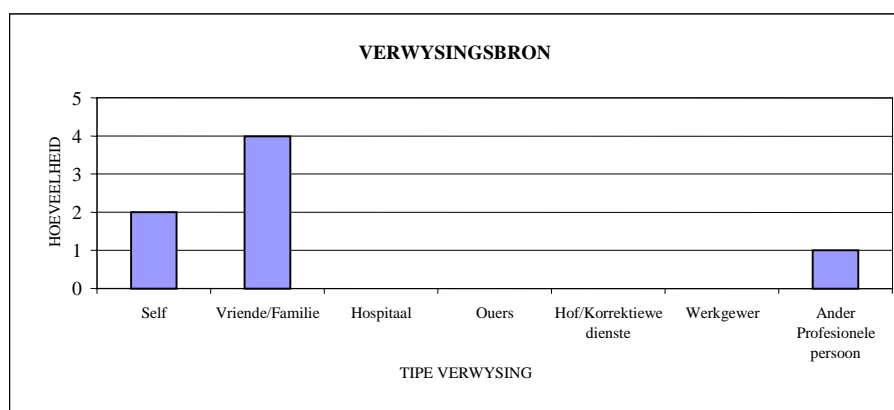
Vyf (5) van die respondente (71.4%), het "ja" geantwoord op die vraag: "Het jy al voorheen behandeling ontvang?".

Al vyf (5) respondente (71.4%) was vir binnepasiëntbehandelingsprogramme alvorens hulle by die buitepasiëntbehandelingsprogram ingeskakel het. Een (1) van dié vyf (5) pasiënte (20%) wat binnepasiëntbehandeling gehad het, het voorheen ook ingeskakel by 'n buitepasiëntprogram.

Vir twee (2) van die respondente (28.6%) is dit hulle eerste ervaring met 'n rehabilitasiebehandelingsprogram.

4.5 Verwysingsbronne en redes vir die keuse vir die inskakeling by 'n buitepasiëntbehandelingsprogram

Vier (4) van die respondente (57.1%) is deur familie of vriende verwys. Twee (2) van die respondente (28.6%) het hulself verwys na SANRA se buitepasiëntbehandelingsprogram. Slegs een (1) respondent (14.3%) is deur hul huisdokter



verwys. Sien staafdiagram figuur 6.6.

Figuur: 6.6

Op die vraag: "Wat het gebeur (aanleiding gegee daartoe) dat jy besluit het om by 'n buitepatiëntbehandelingsprogram in te skakel", is die volgende antwoorde verkry:

- Drie (3) respondente (42.9%) het uit binnepasiëntrehabilitasiesentrums gekom en het nasorg en ondersteuningsdienste nodig gehad.
- Een (1) respondent (14.3%) het geverbaliseer dat hy lank probeer het om op sy eie op te hou, maar dat hy gesukkel het en gevolglik besluit om in te skakel by 'n gestruktureerde program.
- Een (1) respondent (14.3%) was voorheen in 'n binnepasiëntbehandelingsprogram, en het na 'n ruk weer 'n terugval beleef en het op versoek van vriende ingeskakel by 'n buitepatiëntklinik.
- Een (1) respondent (14.3%) het tydelik van 'n buitepatiëntklinik gebruik gemaak tot hy na 'n binnepasiëntprogram verwys word.
- Twee (2) respondente (28.6%) het hulle werk verloor, hulle families het uitgevind dat hulle heroïen gebruik en het daarom besluit om by 'n program in te skakel.

4.6 Die voordele van vorige behandeling vir respondente

Op die vraag "Wat sal jy sê het jou gehelp in vorige behandelingsblootstelling?" is die volgende antwoorde verstrekkend:

- In die binnepasiëntprogram was die isolasie van die "buitewêreld" hulpvol.
- Om stelselmatig meer en meer verantwoordelikheid te vat ten opsigte van alledaagse take.
- Twee (2) respondente (28.6%) het genoem dat, om te bou aan 'n geestelike lewe, van baie waarde is.
- Om praktiese sessies te hê oor byvoorbeeld hantering van dwelms, hantering van daaglikse leefstylprogram.

- Vir vier (4) van die respondente (57.1%) was die terapeutiese sessies van groot waarde, veral om 'n verhouding te bou met die terapeut. Sessies wat ook gefokus het op die herstel van belangrike verhoudinge in hulle lewe, en ook hoekom hulle dwelms begin gebruik het, is van waarde.

4.7 Verwagtinge van respondente van 'n buitepatiëntbehandelingsprogram die heroïenafhanklike se persepsies van wat die kliniek van hulle verwag

Die volgende verwagtinge van respondente vir 'n buitepatiëntbehandelingsprogram en die heroïenafhanklikes se persepsies van wat die kliniek van hulle verwag, is aangedui:

- Dat die personeel van die kliniek nie veroordelend moet wees nie, maar vriendelik en aanvaardend.
- Die beklemtoning van negatiewe effekte wat dwelms/heroïengebruik tot gevolg het.
- Dat die personeel onpartydig moet wees met die probleem wat ervaar word deur die heroïenafhanklikes in hul verhoudings.
- Ondersteuning, bedoelende hoe om die dwelmlus te hanteer, in die herstelproses.
- Een (1) respondent (14.3%) verlang groepsondersteuning soos 'n nasorg- of ondersteuningsgroep byvoorbeeld NA (Narcotics Anonymous).

- Net een (1) respondent (14.3%) het geen verwagtinge gehad nie.
- Volgens al sewe (7) respondente (100%) verwag die kliniek dat hulle eerlik moet wees en hulle beste moet doen in die program veral om hulle samewerking te gee.

4.8 Verwagtinge ten opsigte van wat geïnkorporeer moet word in 'n buitepasiëntbehandelingsprogram

Die respondente het die volgende verwagtinge geopper ten opsigte van wat geïnkorporeer moet word in 'n buitepasiëntbehandelingsprogram:

- Mediese versorging.
- Ondersteuningsgroep bv. Narcotics Anonymous byeenkomste - daar moet ook 'n sponsor of "buddy" wees. Dit is 'n persoonlike vertroueling wat enige tyd beskikbaar kan wees in 'n krisistydperk.
- Aktiwiteite wat respondente soms deur die dag kan besig hou, byvoorbeeld kunsaktiwiteite, opleidingsgeleenthede soos vir poppekas en praatjies.
- Terapeutiese program.
- Praktiese raad, byvoorbeeld hoe om risikosituasies te hanteer.
- Blootstelling aan geestelike aktiwiteite, byvoorbeeld Bybelstudie.
- Soek reëls en regulasies, verwysende na meer struktuur in hul lewe.
- Gesin-/familiesessies met die oog op reïntegrasie van die afhanklike in sy gesin/familie.
- 'n Fokus op kommunikasie sodat verhoudinge herstel kan word.
- Sessies moet kreatief deur terapeute aangebied word.

4.9 Gereelde kontakte met die Kliniek

Die respondente het aangedui dat hulle behoeftes aan kontak met die kliniek soos volg is:

- Almal het gevoel dat een terapeutiese sessie per week voldoende is, maar een (1) respondent (14.3%) het gevoel dat drie sessies per week in die begin baie belangrik is.
- Slegs twee (2) respondente (28.6%) het gevoel dat dit vir hulle moontlik is om drie (3) tot vier (4) sessies per week by te woon.

4.10 Respondente se persepsies oor die verband tussen probleme in die gesin en hulle heroïengebruik

Slegs twee (2) respondente (28.6%) het gevoel daar is 'n verband tussen hulle heroïenmisbruik en probleme in die gesin.

As verduideliking is onder andere die volgende aangedui:

- Daar is baie konflik in die gesin en hulle gebruik dwelms om die konflik te hanteer.
- Gesin wat sukkel om die dood van 'n gesinslid te verwerk.

4.11 Die belangrikheid vir respondente dat hulle families/gesin deel moet wees van die terapeutiese sessies

Al sewe (7) respondente (100%) was van mening dat individuele sessies baie belangrik is en vertroulik behandel moet word, en die res van die gesinne nie enige kennis moet dra van wat bespreek word in die sessies nie.

Vier (4) van die respondente (57.1%) het gevoel dat dit belangrik is om hul gesinne en families in te skakel by terapeutiese groepsessies. Redes wat aangevoer is, was die volgende:

- Dit is hulpvol om van ander heroïenafhanklikes se probleme in groepsverband te hoor.
- Dit kan help om te fokus op die herstel van gesins- en familieverhoudinge.

Drie (3) respondente (42.9%) het "nee" geantwoord op die betrokkenheid van familie/gesin by groepsessies. Die volgende redes is genoem:

- As ouers by is kan dit die respondent weerhou om sy/haar gevoelens uit te druk.
- Vrees dat daar 'n veroordelende houding kan wees, vanaf die familie/gesin teenoor hulle as dwelmafhanklikes.
- Dit is 'n privaat probleem en sal net te veel spanning vir die gesin veroorsaak, daarom sal dit alleen hanteer word.

Vyf (5) respondente (71.4%) het "ja" geantwoord op die vraag: "Of familie/gesinsessies gehou moet word". Volgens hulle sal dit help om -

- verhoudinge te verbeter;
- probleme uit te sorteer wat die gesin ervaar in die algemeen asook probleme wat verband hou met die dwelmmisbruik; en
- omdat dit 'n nuwe ervaring sal wees om oor sensitiewe sake te praat wat normaalweg vermy word.

Twee (2) respondente (28.6%) het "nee" geantwoord. Albei het gevoel dat hulle gesinne/families nie deel is van die probleem nie en hulle self die afhanklikheidsprobleem sal hanteer.

4.12 Grootste behoefte wat respondente tans in die behandelingsprogram ervaar

Volgens respondente het hulle ten tye van die voltooiing van die onderhoudskedule die volgende behoeftes in die behandelingsprogram ervaar:

- Verhouding tussen respondente en ouers moet verbeter.
- Die feit dat daar 'n groep was waar daar openlik gepraat kon word oor die herstelproses en probleme wat ervaar word, het die nodige ondersteuning ("safe place") gebied.
- Verbetering van selfbeeld en selfvertroue.
- Geestelike groei.
- Dat medikasie makliker bekombaar moet wees.
- 'n Fokus op die hantering van depressie.
- Praktiese raad oor hoë risiko situasies (dit wat 'triggers' is in situasies, plekke, gevoelens en mense) en die hantering daarvan.

4.13 Die doel wat heroïenafhanklikes met behandeling het

Respondente het aangedui dat hulle doel om die behandeling te ondergaan, was om -

- skoon te bly;
- te stop om heroïen en/of ander dwelms te gebruik;
- vriende en familie gelukkig te hou; en
- geestelik en emosioneel te groei en daardeur beter na die "self" te kyk.

4.14 Ondersteuningsisteme

Die volgende vraag is gestel aan die respondente ten opsigte van ondersteuningsisteme: "As u 'n dwelmverwante probleem ervaar buite die kliniekure, wie skakel u vir hulp/ondersteuning?".

Die volgende kontakpersone is aangedui:

- Familie/gesin, byvoorbeeld moeder.
- Groeplede in die ondersteuningsgroep.
- Vriende is aangedui deur twee (2) respondente (28.6%).
- Twee (2) respondente (28.6%) het aangedui dat hulle niemand het wat hulle kon kontak nie.

Op die vraag: "Sal u gebruik maak van 'n vier-en-twintig-uur hulplyn, as u 'n probleem na ure ervaar ten opsigte van dwelmgebruik?" het respondente soos volg geantwoord:

- Een (1) respondent (14.3%) het gesê dat hy onseker voel oor die gebruik van 'n hulplyn.
- Drie (3) respondente (42.9%) het "ja" geantwoord.
- Drie (3) respondente (42.9%) het "nee" geantwoord.

4.15 Aangeduide ondersteuningstelsels

Respondente het die volgende persone, aktiwiteit en groeperinge aangedui as ondersteuningstelsels (hierdie antwoorde is 'n samestelling van al die antwoorde en geen syfers kan hieraan geheg word nie):

- Gesin/familie (geselekteerde persoon bv. hulle moeder).
- Terapeut.
- Ondersteuningsgroep.
- Fisiese aktiwiteite wat hulle kan besig hou.
- Kuns of stokperdjies.
- Selgroep/kerkgroep.
- Vriende.
- Sportaktiwiteite.
- Werk (besig bly).

4.16 Gemiddelde tydperk wat respondente ingeskakel het by 'n behandelingsprogram en dienooreenkomstige redes

Oor die algemeen het die respondente ongeveer drie en 'n halwe maand in 'n behandelingsprogram gebly (hierdie is 'n saamgestelde antwoord uit al die antwoorde ontvang). Respondente het die volgende redes daarvoor aangevoer:

- Het gemaklik en veilig gevoel in die program en dit was 'n nie-veroordelende omgewing.
- Respondent het gevoel hy kry hulp.
- Wou nie ouers teleurstel nie.
- Dit is hulpvol om te praat met persone wat reeds deur 'n dwelmprobleem was byvoorbeeld terapeut of groeplede.

4.17 Die motivering van pasiënte om in 'n behandelingsprogram te bly

Respondente het die volgende inligting verstrek ten opsigte van wat hulle motiveer om in 'n behandelingsprogram te bly (hierdie is 'n saamgestelde antwoord uit al die antwoorde ontvang):

- As pasiënte voel dat daar na hulle geluister word.
- Hulle veilig en welkom voel.
- 'n Nie-veroordelende omgewing.
- Eie motivering om skoon te bly is die belangrikste faktor en is genoem deur vier respondente as die belangrikste rede.
- As daar 'n verbetering in hulle verhoudinge gesien kan word.
- 'n Positiewe verhouding met die ondersteuningsgroep en terapeut.

4.18 Faktore wat veroorsaak dat pasiënte nie hulle behandelingsprogram voltooi nie

Respondente het meer as een (1) antwoord gegee by hierdie vraag en dit maak dit moeilik om altyd persentasies te gee.

- Pasiënte raak oorverseker en ontwikkel 'n selfvertroue wat hulle laat voel hulle kan op hulle eie aangaan. Hierdie antwoord het by drie (3) van die respondente (42.9%) voorgekom.
- As pasiënte voel hulle word gedwing om sessies by te woon, is deur een (1) respondent (14.3%) genoem.
- Voel hulle wil weer graag dwelms gebruik. Dit is deur drie (3) van die respondente (42.9%) genoem as 'n faktor.
- Weet nie hoe om probleme te hanteer nie is deur een (1) respondent (14.3%) genoem.
- Het nie die selfdisipline om by 'n program te hou nie is deur een (1) respondent (14.3%) genoem.
- Beskik nie oor genoegsame fondse om die sessie te bekostig nie is deur een (1) respondent genoem.
- Het 'n terugval belewe en voel skaam om terug te kom is deur een (1) respondent (14.3%) genoem.
- 'n Veroordelende houding van die personeel en 'n gevoel dat niemand omgee nie.
- Voel hulle word gestigmatiseer en "abnormaal" behandel.

Die laaste twee (2) punte is deur drie (3) respondente (42.9%) genoem as die hooforsaak waarom hulle nie behandelingsprogramme voltooi nie.

Nie alle vrae, wat gevra is in die onderhoudskedules, is bespreek nie. Hierdie vrae was nie van toepassing op die bespreking nie. (Vraag 11 van Addendum A en vrae 27 en 45 van Addendum B.)

OPSOMMING:

Uit die onderhoudskedules is dit duidelik dat daar 'n groot hoeveelheid inligting bekom is, net soos wat gestel is deur De Vos (2003:305), dat die respondente hulle “deskundige” kennis kan gee. Hierdie is 'n goeie manier om 'n groot hoeveelheid inligting te bekom wat in hierdie studie se geval waar is.

Uit die inligting verkry is dit duidelik dat daar diverse behoeftes en faktore is wat die behandeling van heroïenafhanklikes beïnvloed, byvoorbeeld dat hulle 'n groot waarde heg aan 'n nie-veroordeelde terapeutiese omgewing; dat hulle terapeutiese sessies na waarde ag; hulle grootste behoefte in behandelingsprogram kan opgesom word as selfaktualisering; waar hulle hulleself en situasie kan verbeter deur middel van groei en ontwikkeling (wat in 'n behandelingsprogram gefasiliteer moet word).

In hoofstuk 7 gaan die bevindinge en aanbevelings verder breedvoerig bespreek word. Dit sal lei na die integrasie van die steekproefbevindinge en die praktyk.

HOOFSTUK 7

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

INLEIDING

Met die studie is gepoog om die doelwit daarvan, naamlik die ontwikkeling van riglyne vir 'n behandelingsprogram vir heroïenafhanklikes wat SANRA Witbank nader vir dienste, te verwesenlik deur middel van die uitvoering van die volgende doelwitte:

- Die doen van 'n literatuurstudie oor buitepasiëntbehandelingsprogramme in die algemeen.
- Die assessering van die behoeftes wat die heroïenafhanklike pasiënt het wat betrokke is by 'n buitepasiëntbehandelingsprogram.
- Die maak van aanbevelings met betrekking tot buitepasiëntbehandelingsprogram vir heroïenafhanklikes.

Hierdie doelwitte is verwesenlik en die gevolgtrekkings wat ten opsigte van elkeen gemaak is, word vervolgens bespreek en sekere aanbevelings word gemaak.

1. GEVOLGTREKKINGS

1.1 Literatuur wat te doen het met buitepasiëntbehandelingsprogramme in die algemeen

Alhoewel baie inligting bestaan oor spesifiek die dwelm heroïen, die effek en onttrekkingsimptome daarvan, was dit egter moeilik om spesifieke inligting oor heroïenbehandelingsprogramme as sulks te bekom. Dit blyk dat die heroïenpasiënte oor die algemeen ingeskakel word by die algemene behandelingsprogramme wat aangebied word. Daar word blykbaar dus nie onderskeid getref in behandelingsprogramme tussen heroïenafhanklikes en ander dwelmgebruikers nie. Die fokus van heroïenbehandelingsprogramme is egter meer medies van aard en word nie in hierdie studie behandel nie. Daar is algemene

riglyne gevind vir effektiewe behandeling, wat nie direk gemik is op die behandeling van heroïenpasiënte *per se* nie, maar vir behandeling in die algemeen.

Die behandelingsdoelwitte van buitepasiëntbehandelingsprogramme is dieselfde as ander behandelingsmodaliteite. Lewis (1994:60) haal Hubbard et al aan wat stel dat buitepasiëntprogramme effektief is in die vermindering van dwelmgebruik en verbetering van werksgeleenthede. Dit word ondersteun deur Gossop (2003:111) naamlik dat die oorkoepelende doel van behandeling is dat die afhanklike skoon sal kom van dwelms en hom sal weerhou van enige dwelmgebruik op 'n langtermyn basis. Verder noem Gossop dat die vermindering van sielkundige, sosiale en/of ander probleme wat direk toegeskryf kan word aan dwelmgebruik, ook deel is van behandelingsdoelwitte.

Die respondente in die studie se doelwitte stem ooreen met wat Gossop (2003:111) aandui as synde die behandelingsdoelwitte naamlik -

- om skoon te bly (dit verteenwoordig nasorgdienste);
- om dwelmgebruik te stop; en
- om geestelik en emosioneel te groei, sodat hulle hulself kan versorg.

Buitepasiëntbehandelingsprogramme is duidelik 'n volwaardige en erkende behandelingsopsie. Daar is egter nie deur die navorser in hierdie studie 'n uitgesproke standpunt gekry wat beweer dat die behandeling van heroïenafhanklikes slegs effektief kan wees op binnepasiëntbasis nie. Uit die onderhoudskedule wat aan die personeel van buitepasiëntklinieke gerig is, is dit duidelik dat ses (6) van die klinieke (60%) in die steekproef wel heroïenafhanklikes behandel. Vier (4) klinieke (40%) van die hele steekproef het egter gevoel dat heroïenafhanklikes eerder op 'n binnepasiëntbasis behandel moet word.

In die literatuur is dit duidelik dat net detoksifikasie en medikasie nie 'n langtermynoplossing bied en bydra tot verandering wat volhoubaar is in die lewe van heroïenafhanklikes nie. Berading (individueel of groep) en ander gedragsterapieë is 'n noodsaaklike komponent van effektiewe behandeling. In die onderhoudskedule is hierdie punt wat genoem word in die literatuur bevestig deur die respons van meer as die helfte van die respondente (57.1%), naamlik vier (4), dat berading 'n merkwaardige verskil gemaak het in die behandelingsproses.

Die afhanklike se individuele behandelingsprogram en diensplan moet gereeld geassesseer en aangepas word by veranderde behoeftes volgens die beginsels van effektiewe behandeling soos gestel deur NIDA (1999:3-5). Uit die studie is dit duidelik dat behoeftebepalings belangrik is en kan help om te bepaal waar die grootste fokus in behandeling moet wees. Soos gesien is SANRA Witbank, as 'n buitepasiëntkliniek, se fokus van behandeling op hierdie stadium meer op nasorg en ondersteuningsdienste gerig omrede die meeste respondente voorheen binnepasiëntbehandeling ontvang het. As die profiel van die heroïenafhanklikes verander sal die program fokus ook moet verander, byvoorbeeld as daar dalk 'n patroon ontstaan waar die meeste pasiënte nie ingeskakel het by 'n binnepasiëntprogram nie, die program 'n groter fokus sal hê op inligting, opvoeding ens. Daarom moet behoeftebepalings gereeld gedoen word.

Effektiewe behandeling gee aandag aan die meervoudige behoeftes van die individue volgens die beginsels van effektiewe behandeling soos gestel deur NIDA (1999:3-5). Daar is meervoudige behoeftes genoem deur die respondente in die onderhoudskedule (wat 'n werklikheid is vir die heroïenafhanklike pasiënt) en kan dit nie geïgnoreer word nie. 'n Holistiese benadering is uiters noodsaaklik sodat elke behoefte area aangespreek kan word.

In die literatuur is daar behoeftes gevind van heroïenafhanklikes wat op buitepasiëntbasis behandel word deur die Pretoria Akademiese Hospitaal. Alhoewel die behoeftes nie breedvoerig bespreek is nie, is daar tog 'n korrelasie tussen die behoeftes wat die respondente in die onderhoudskedule B genoem het en wat genoem is deur die buitepasiëntheroïenafhanklikes by die Pretoriase Akademiese Hospitaal.

Maslow se teorie het ook bygedra tot 'n beter begrip van behoeftes en sal meer breedvoerig bespreek word in die afdeling 1.2. oor die aard van behoeftes.

Die gevolgtrekking waartoe die navorser gekom het deur die literatuurstudie is dat heroïenafhanklikes nie afsonderlik behandel word in behandelingsprogramme nie en daar moontlik 'n leemte kan wees in die behandelingsveld ten opsigte van die konteks van spesifieke terapeutiese behandelingsprogramme vir heroïenafhanklikes.

'n Verdere gevolgtrekking waartoe die navorser gekom het, is dat SANRA Witbank, se behandelingsprogram in lyn is met wat in ander behandelingsprogramme aangebied word, ooreenkomstig die literatuur asook ander buitepasiëntklinikprogramme. Dit is duidelik dat SANRA Witbank se behandelingsprogram nie drastiese aanpassings hoef te kry nie. Dit blyk dat SANRA Witbank se program voorsien in die behoeftes en beginsels van behandeling.

1.2 Die aard van behoeftes in buitepasiëntprogramme

Vanuit die studie is dit duidelik dat daar 'n diskrepansie bestaan tussen die belangrikheid van die behoefte aan mediese versorging soos gesien deur die personeellede wat aktief betrokke is by behandeling van heroïenafhanklikes, en die

heroïenafhanklike respondente van SANRA Witbank. Die meeste buitepatiëntkliniek respondente (70%) het gevoel dat die mediese versorging van die heroïenafhanklikes die basiese of oorlewingsbehoefte is wat eerste aandag geniet in 'n behandelingsprogram. Slegs een (1) heroïenafhanklike (14.7%) het gevoel dat die mediese behoefte die belangrikste is. Dit kan toegeskryf word aan die feit dat die meeste respondente wat deelgeneem het in die ondersoek inskakel vir nasorgdienste. Dit beteken dat die behoefte aan mediese dienste nie op die voorgrond is nie, want hulle is reeds deur onttrekkings en is medies gestabiliseer. Uit die studie is dit duidelik dat die heroïenafhanklike respondente meer behoeftes het op die vlakke van sosiale geborgenheid, liefde asook op 'n agtingsvlak. Daar is egter 'n algemene ooreenstemming oor die tipe behoeftes wat ervaar word (sien Hoofstuk 6 punt 3 se bespreking).

'n Duidelike verskil in behoeftes ten opsigte van 'n behandelingsprogram word opgemerk by die verskillende klinieke.

Dit kan toegeskryf word aan die verskillende profiele van heroïenafhanklikes wat die klinieke nader vir hulp. So byvoorbeeld het klinieke oor die algemeen gevoel dat die basiese- of oorlewingsbehoefte nie altyd deel hoef te wees van hulle behandelingsprogramme nie. Die fokus van hulle behandelingsprogramme is dus meer gefokus op die herstel van verhoudinge, skepping van 'n struktuur vir behandeling en die hantering van emosionele skommeling.

Met spesifieke verwysing na SANRA Witbank, is die aard van behoeftes in die behandelingsprogram dat daar –

- 'n nie-veroordelende atmosfeer in die individuele en groepsessies moet wees;
 - genoegsame afwisseling en stimulasie moet wees;
 - ten minste een maal per week 'n besoek aan die kliniek gebring moet word.
- Dit is oor die algemeen 'n aanvaarbare norm in die dwelmveld.

Die gevolgtrekking wat gemaak kan word is dat behoeftes 'n hoogs individuele saak is en dit kan verskil van buitepatiëntklinik tot buitepatiëntklinik.

2. AANBEVELINGS

Alhoewel SANRA, Witbank se program goed vergelyk met die beginsels van effektiewe behandeling asook die doelwitte en behoeftes van behandeling, word die volgende aanbevelings as noodsaaklik geag:

- Behandelingsprogramme moet die spesifieke behoeftes van die heroïenafhanklike in ag neem - dit sal bepaal hoe die programstruktuur sal uitsien.
- Gereelde kontak met die kliniek is baie belangrik en 'n minimum van een kontak per week (individueel of groepsessie) word aanbeveel.
- Daar moet in die behandelingsprogram meer gefokus word op verhoudingsontwikkeling (terapeutiese- en gesinsverhoudings). Dit behels die uitbou, instandhouding en herstel daarvan.
- SANRA Witbank se behandelingsprogram kan ook meer spesifiek voorsien in die behoeftes van nasorgdienste soos ervaar deur die heroïenafhanklike respondente wat reeds binnepasiëntbehandeling ontvang het. Hierdie is 'n belangrike aspek en aandag moet daaraan gegee word in die nasorgprogram.
- Dit is noodsaaklik dat terapeutiese dienste altyd deel moet wees van 'n behandelingsprogram omdat die meeste respondente dit as waardevol beleef.

- Aandag moet gegee word aan die insluiting van meer praktiese aktiwiteite soos kunsaktiwiteite en ander opleidingsgeleenthede (sien Hoofstuk 6 punt 4.8). Hierdie aktiwiteite kan 'n positiewe uitwerking hê op die respondente se selfbeeld- en vaardigheidsontwikkeling. Dit blyk 'n behoefte te wees by respondente.
- Laastens word aanbeveel dat daar gereeld behoeftebepalings gedoen moet word sodat SANRA Witbank op hoogte kan bly met veranderde behoeftes en profiele van pasiënte wat die kliniek nader vir dienste.

Dit is 'n noodsaaklikheid dat die aanbevelings wat spruit uit die ondersoek, in ag geneem moet word in die behandelingsprogram van SANRA Witbank kliniek. Daar is duidelik plek vir buitepasiëntbehandeling as dit die omstandighede sowel as behoeftes inkorporeer in die behandelingsprogram.

Opsommend kan gesê word dat die studie sy doelwit bereik het en suksesvol voltooi is. Ten spyte van die feit dat die steekproef nie teenwoordigend was van beide populasies wat ondersoek is nie, was die navorsingstudie steeds waardevol gewees. Die onderhoudskedule het inligting ingewin wat aan die doelwit kon voorsien. Baie inligting is ingewin oor onder andere heroïen-behandelingsbehoefte van heroïenafhanklikes, behandelingsprogramme asook die beginsels van effektiewe behandeling.

Al bogenoemde het daartoe bygedra dat aanbevelings gemaak kon word wat groter waarde kan byvoeg tot SANRA Witbank se behandelingsprogram.

BRONNELYS

- Babbie, E. 2nd Edition. (1989). **The Practice of Social Research:** Wadsworth Publishing Company Inc: California.
- Centre for Alcohol and Drug Studies (SANCA Jhb). **Heroin.** Pamflet printed: Atlas Litho.
- corp.aadac.com/other drugs/. (2002). **Beyond ABC's: Opioids.** Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, AADAC. pp 1-4.
- De Beer, P. (2004). Problems Encountered with Heroin Addicts. **SECENDU**, proceedings of reportback meetings, July- December 2003, phase 15. pp76-77. Medical Research Council: Cape Town
- De Vos, AS. (Editor). 2nd Edition. (2004). **Research at Grass Roots: For the Social Sciences and Human Services Professions.** Van Schaik Publisers: Pretoria.
- Du Toit, AS, Grobler, HD, Schenck, CJ. (1998). **Person-centred Communication: Theory and Practice.** International Thomson Publishing Ltd: South Africa.
- Farrar, JE, L'Abate, L, & Serritella, DA. (Editors). (1992). **Handbook of Differential Treatment for Addictions.** Needham Heights; Massachusetts.
- Fourie, M. 1st Edition. (2001), Chasing The White Dragon. **SERVAMUS** tydskrif pp52 -57. Paarl Web: Paarl.
- Friedman, LS, Fleming, NF, Roberts, DH, Hyman, SE. (Editors). (1996). **Source Book of Substance Abuse and Addiction.** Williams & Wilkins: Baltimore Maryland USA.
- Ghodse, H. 3rd Edition. (2003). **Drugs and Addictive Behaviour: A Guide to Treatment.** University Press: Cambridge.
- Gossop, M. (2003) **Drug Addiction and it's Treatment:** Oxford University. Press: New York.

- Graig, RJ. (2004). **Counselling the Alcohol and Drug Dependent Client. A Practical Approach.** Allan and Bacon: Boston
- Health-matters www.abc.net.au. (2003). **Heroin Facts- Heroin -Features- Health Matters.**
- Hubbard, RL, Marsden, ME, Rachel, JV, Harwood, HJ, Cavanaugh, ER, Ginzburg, HN. (1989). **Drug Abuse Treatment: A National Study of Effectiveness.** Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Leshner, AI. (1997). **National Study Offers Strong Evidence of the Effectiveness of Drug Abuse Treatment.** National institute on drug abuse (NIDA) articles. Vol 12 no. 5 pp 73-74.
- Lewis, JA. (1994). **Addictions, Concepts and Strategies for Treatment.** Aspen:Maryland
- Lewis, JA, Dana, RQ, & Blevins, GA. 2nd Edition. (1994). **Substance Abuse Counseling : An Individualized Approach.** Wadsworth Publishing Company, Inc: California.
- Meyer, WF, Moore, C & Viljoen. (1990). **Persoonlikheidsteorieë - van Freud tot Frankl.** Lexicon Uitgewers: Johannesburg.
- Nagy, PD. (1994). **Intensive Outpatient Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse: Treatment Improvement Protocol.** (TIP) Series nr 8: Rockville. MD.
- NIDA National Institute on Drug Abuse. (1999). **Principles of Drug Addiction Treatment. A Research-based Guide.** Publication no. 99 – 4180. USA.
- Plüddemann, A, Parry, C, Bhana, A, Harker, N, Potgieter, H, & Gerber, W. (2004). **Monitoring Alcohol and Drug Abuse Trends in South Africa (July 1996 - December 2003)** **SACENDU** research brief, Vol 7 (1) . Medical Research Council: Cape Town.

- Parry, C, Plüddemann, A, Bhana, A, Harker, N, Potgieter, H, & Gerber, W. (2004). Alcohol and Drug Abuse Trends: July - December 2003 (phase 15) **SACENDU**: South Africa Medical Research Council: Cape Town.
- Rubin, A & Babbie, E. 2nd Edition. (1993). **Research Methods for Social Work**. Brookes / Cole Publishing Company: California.
- Suid-Afrikaanse Nasionale Raad insake Alkohol en Dwelmmisbruik (SANRA, 2002 – 2005. Ongepubliseerde statistiek).
- Rubin, A & Babbie, E. 3rd Edition. (1997). **Research Methods for Social Work**. Brookes / Cole Publishing Company: California.
- Stanton, MD, Todd, TC, Steier, F, Van Deusen, JM, Marder, LR, Rosoff, RJ, Seaman SF, Skibinski E. (1979). **Family Characteristics and Family Therapy of Heroin Addicts**: Final Report 1974-1978. NIDA: USA
- Teesson, M, Degenhardt, L & Hall, W. (2002). **Addictions**. Psychology Press Ltd: United Kingdom
- **Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse: Opportunities for Co-ordination**. (Datum onbekend). Series Nr 11. U.S.Department of health and human services. USA.
- Van Delft, WF. (1991). **Maatskaplike Werk Studiegids vir MWK 100-5. Menslike Gedrag en die Sosiale Omgewing**. Unisa: Pretoria.

ADDENDUM A

ONDERHOUDSKEDULE AAN PERSONEEL BETROKKE BY BUIEPASIËNTKLINIEKE

Onderhoudskedule word vrywillig telefonies saam met die navorser voltooi en anonimiteit van respondente word verseker.

Datum van onderhoud: _____ / _____ / _____

1. Jare werksaam in dwelmafhanklikheidsveld

2. Kwalifikasies

3. Posbenaming

4. Ouderdom

5. Geslag

6. Behandel julle heroïenafhanklikes? Indien nie, motiveer.

6.1 Ja

☐

6.2 Nee

☐

7. Hoeveel heroïenpasiënte word deur die kliniek gesien in 'n maand?

8. Waaruit bestaan u behandelingsprogram? Bv. mediese behandeling, hoeveelheid sessies per week, verskillende tipes sessies soos individuele, groep- en nasorgsessies.

9. Hoe gereeld sien u pasiënte?

Individueel

Groep

Ondersteuningsgroep

Ander

10. Het u fasiliteite vir detoksifikasie? Verduidelik.

10.1 Ja

☐

10.2 Nee

☐

11. Hoeveel terapeute/personeel is betrokke in die behandelingsprogram vir heroïen-afhanklikes?

12. Wat is die gemiddelde ouderdom van die heroïenafhanklikes wat julle behandel?

13. Het u 'n waglys vir u dienste? Hoe lank wag die heroïenafhanklikes voor hulle behandeling kry?

13.1 Ja

13.2 Nee

13.3 Dui gemiddelde wagtydperk aan

14. Wat sien u as die behoeftes van heroïenafhanklikes oor die algemeen met betrekking tot:

Ekonomiese vlak

Fisiese vlak

Sosiale vlak

Geestelike / emosionele vlak

15. Wat is die behoeftes van heroïenafhanklikes in 'n behandelingsprogram?

16. Is daar enige behoeftes waarin u kliniek nie kan voorsien nie? Indien nie, gee redes.

ADDENDUM B

**ONDERHOUDSKEDULE AAN HEROÏENAFHANKLIKES WAT IN SANRA (WITBANK)
BUIEPASIËNTKLINIEK BEHANDEL WORD**

Hierdie vraelys word op 'n vrywillige basis voltooi en die identiteit van die respondente sal vertroulik gehou word.

Datum van onderhoud: / /

2. Plek van onderhoud

Behandelingsentrum :

Hospitaal :

Ander :

3. Ouderdom van pasiënt:

Jaar

Maand

4. Geslag van pasiënt:

4.1 Manlik

4.2 Vroiulik

5. Etniese groep

5.1 Blank

5.2 Swart

5.3 Kleurling

5.4 Asiër

6. Huwelikstatus**6.1** Nooit getroud**6.2** Getroud**6.3** Uitmekaar**6.4** Geskei**6.5** Weduwee/ wewenaar**7. Aantal kinders:****7.1** Geen

Kind 1

Ouderdom

Geslag (M/V)

Kind 2

--

--

Kind 3

--

--

Kind 4

--

--

8. Verwysingsbron:**8.1** Self**8.2** Familie/Vriende**8.3** Hospitaal**8.4** Ouer/s**8.5** Hof/Korrektiewe Dienste**8.6** Werkgewer**8.7** Professionele persoon, spesifiseer bv; huisdokter maatskaplike werkers, sielkundiges, aptekers**8.8** Polisie**8.9** Ander

9. Het die pasiënte toegang tot die volgende hulpdienste:

- | | | |
|------------|---|--------------------------|
| 9.1 | Mediese dienste | <input type="checkbox"/> |
| 9.2 | Regstelsel, bv; Advokaat/prokureur | <input type="checkbox"/> |
| 9.3 | Geestelike of Kerkorganisasie | <input type="checkbox"/> |
| 9.4 | Sielkundige | <input type="checkbox"/> |
| 9.5 | Psigiater | <input type="checkbox"/> |
| 9.6 | Maatskaplike werker | <input type="checkbox"/> |
| 9.7 | Polisie | <input type="checkbox"/> |

10. Verblyfreëlings

- | | | |
|--------------|---|--------------------------|
| 10.1 | Woon alleen | <input type="checkbox"/> |
| 10.2 | Woon saam met eggenoot/e | <input type="checkbox"/> |
| 10.3 | Saamleefmaat | <input type="checkbox"/> |
| 10.4 | Woon saam met kinders en eggenoot | <input type="checkbox"/> |
| 10.5 | Alleen en met kinders | <input type="checkbox"/> |
| 10.6 | Woonagtig by vriende | <input type="checkbox"/> |
| 10.7 | Woon by ander familie (ouers uitgesluit) | <input type="checkbox"/> |
| 10.8 | Woonagtig by ouers | <input type="checkbox"/> |
| 10.9 | Woon in 'n losieshuis | <input type="checkbox"/> |
| 10.10 | Geen behuising (bly op straat) | <input type="checkbox"/> |

10.11 Ander

11. Indien werkloos, spesifiseer tydperk:

11.1 Jaar

11.2 Maand

NB. Ignoreer Vraag 15

12. Indien op skool, spesifiseer huidige graad:

12.1 Graad

13. Indien 'n student, spesifiseer studierigting en instansie:

13.1 Studierigting

13.2 Universiteit

Tegnikon

Kollege

14. Indien nie in diens van 'n werkgewer, spesifiseer:

14.1 Entrepreneur

14.2 Huisvrou

14.3 Afgetree

15. Indiensnemingstatus

15.1 Werk vir baas

15.2 Tydelik

15.3 Permanent

16. Voel jy dat daar 'n leemte is t.o.v. jou opleiding/kwalifikasies?

16.1 Ja

☐

16.2 Nee

☐

16.3 Spesifiseer

17. As jy die geleentheid sou kry om jou beroepsvaardighede te ontwikkel, dink jy, jy sal wil inskakel by 'n program, bv: skool voltooi, kursusse loop, ens.?

17.1 Ja

☐

17.2 Nee

☐

17.3 Spesifiseer

18. Redes waarom 'n buitepatiëntbehandelingsprogram gekies is.

18.1 Finansiële rede

☐

18.2 Op aanbeveling van iemand wat voorheen van hierdie diens gebruik gemaak het

☐

18.3 Vir die mediese dienste, bv detoksifikasie

☐

18.4 Nasorgdienste

☐

18.5 Naaste behandelingsentrum

☐

18.6 Werk (kan nie afkry nie)

☐

18.7 Ouers/Werkgewer/Polisie het u uitgevang en versoek bywoning

☐

18.8 Vervoerprobleme

☐

18.9 Ander Spesifiseer

19. Het jy al voorheen behandeling ontvang?

19.1 Ja

☐

19.2 Nee

☐

Indien ja, spesifiseer

Waar:

Wanneer

20. Hoe lank gebruik jy al heroïen?

.....

21. Spesifiseer enige ander dwelms:

.....

22. Metode van heroïen gebruik:

22.1 Snuif

☐

22.2 Rook

☐

22.3 Spuit

☐

22.4 Ander

23. Hoe lank voel jy het jy al 'n dwelmprobleem?

23.1 Jaar

☐

23.2 Maand

☐

24. Hoe oud was jy toe jy die eerste keer dwelms probeer het? _____ jaar _____ maande

25. Ontvang jy enige sielkundige/psigiatriese hulp?

25.1 Ja

☐

25.2 Nee

☐

25.3 Spesifiseer

26. Wat het gebeur (aanleiding daartoe gegee) dat jy besluit het om by 'n buitepasiënt-behandelingsprogram in te skakel?

27. Wat was al die faktore wat jou keuse beïnvloed het om by 'n buitepasiëntprogram in te skakel?

28. Wat sal jy sê het jou gehelp in vorige behandelingsblootstellings (indien voorheen behandeling ontvang het)?

29. Wat is jou verwagtinge van 'n buitepasiëntkliniek?

30. Wat kan die buitepasiëntkliniek van jou verwag?

31. Wat voel jy moet alles geïnkorporeer word in 'n buitepatiëntbehandelingsprogram?

32. Hoe gereeld wil jy kontak maak met die buitepatiëntklyniek?

33. Wat wil jy hê moet gebeur tydens die behandelingssessies by die klyniek?

34. Hoe moontlik is dit vir jou om tussen 3-4 sessies per week by te woon?

35. Sal jy sê daar is probleme in jou familie/gesin wat verband hou met jou heroïen gebruik?

35.1 Ja

☐

35.2 Nee

☐

35.3 Verduidelik

36. Voel jy dit is belangrik dat u familie/gesin deel moet wees van terapeutiese sessies?

	Gesin / Familiessessies	Groepe	Individuele
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motiveer

37. Dui aan watter van die volgende persoon/persone mag kennis dra van jou behandeling:

37.1 Gesin

☐

37.2 Wier familie

☐

37.3 Werkgewer

☐

37.4 Vriende

☐

37.5 Kerk

☐

37.6 Ander

38. Wat sal jy sê is jou grootste behoefte tans t.o.v behandeling? (Wat is die behoefte/s wat jy wil aanspreek in behandeling?) Spesifiseer.

39. Wat is jou doelwit met behandeling?

40. As u 'n dwelmverwante probleem ervaar buite die kliniekure, wie skakel u vir hulp/ondersteuning?

41. Dink u dat u van 'n vier en twintig uur hulplyn sal gebruik maak as 'n ondersteuningsisteem?

Ja

☐

Nee

☐

42. Het u enige ondersteuningsisteme? Wie en wat?

43. Wat is die tydperk wat u die langste in 'n behandelingsprogram gebly het?
Wat sou u sê is die faktore wat bygedra het daartoe ?

44. Wat dink u motiveer pasiënte om in 'n behandelingsprogram te bly?

45. Wat kan dalk veroorsaak dat pasiënte nie hulle behandelingsprogram voltooi nie en dit voortydig verlaat?

46. Wie is verantwoordelik vir die betaling van u behandelingskoste?

47. Enige ander kommetaar

[illegible]